

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

LE SYMPATHOGRAMME

*Représentation graphique des résultats
de l'exploration analytique
du système nerveux sympathique* ⁽¹⁾

PAR

R. LAFON et M^{me} L.-E. FAURRE

Le diagnostic de troubles sympathiques ou de déséquilibre neuro-végétatif, de vagotonie ou de sympathicotonie, est fréquemment porté ; quoique le diagnostic soit souvent étayé sur une observation clinique minutieuse, voire même une recherche des réflexes oculo-cardiaque et solaire, on est bien souvent déçu par l'application d'une thérapeutique que la physiologie et la pharmacodynamie nous présentent cependant comme spécifique.

Ces échecs tiennent en premier lieu à la complexité des phénomènes végétatifs, mais ils sont également dus à une mauvaise exploration des fonctions sympathiques et surtout à une mauvaise interprétation des résultats obtenus au cours de ces examens.

(1) Travail du Laboratoire de sympathologie et de pharmacodynamie cliniques de la Clinique des maladies mentales et nerveuses de la Faculté de médecine de Montpellier (professeur R. Lafon).

Il y a près de 30 ans déjà, Soderbergh, dans son rapport à la 7^e réunion neurologique internationale, concluait : « que les épreuves sympathiques ne permettent ni classification générale, ni règle bien sûres concernant le diagnostic et le pronostic », et, de ce fait, la majorité des médecins ont adopté, pour les traitements de leurs malades, soit la méthode de tâtonnements par essais multiples, soit celle de « cocktails polyvalents », laissant à la nature médicatrice le soin de sélectionner ce qui lui convient le mieux.

Nous sommes d'accord avec la plupart des auteurs, quand ils considèrent qu'une classification générale est impossible, mais nous croyons qu'une étude analytique est réalisable même avec une exploration simplifiée et qu'elle est capable de guider la thérapeutique d'une façon plus scientifique.

Depuis longtemps, l'un de nous, avec J. Euzière et E. Fassio [1, 2, 3], a montré l'intérêt et la relative simplicité de ses recherches cliniques et, récemment, nous avons concrétisé les résultats obtenus en un diagramme : « *le sympathogramme* », qui objective rapidement les multiples constatations faites à partir de nos épreuves et de nos enregistrements oscillographiques.

Ce diagramme permet des études comparatives de malades entre eux ou de modifications apportées par des agents pharmacodynamiques sur un même individu.

Dans cet article, nous avons l'intention d'étudier :

1) pourquoi il est impossible de faire une classification générale et pourquoi il faut se contenter d'une étude analytique élémentaire des états neurovégétatifs ;

2) comment on peut utiliser le sympathogramme ;

3) comment, grâce à ce diagramme, nous pouvons simplifier le diagnostic et permettre la surveillance de l'évolution, soit spontanée, soit provoquée par des agents pharmacodynamiques, des états sympathiques généraux.

1) COMPLEXITÉ DES ÉTATS SYMPATHIQUES

On sait depuis longtemps que chaque organisme humain possède un potentiel sympathique propre, élément essentiel de sa constitution et de son dynamisme somato-psychique. Ce potentiel est relatif, il dépend des interactions de deux systèmes : l'orthosympathique et le parasymphathique. Chacun d'eux a un potentiel absolu propre, résultant de l'action conjuguée de son tonus et de son excitabilité.

La connaissance des notions de tonus et d'excitabilité sur lesquelles a insisté, depuis longtemps, tout particulièrement D. Danielopolu, est indispensable à la compréhension des syndromes végétatifs globaux, segmentaires ou locaux.

« Pour faire une bonne interprétation des phénomènes pathologiques qui se passent dans le domaine du système nerveux de la vie végétative, il faut faire une distinction nette entre le tonus et l'excitabilité. Le système végétatif se trouve dans un état d'excitation permanente, qui représente le tonus végétatif. En plus, il est encore excitable par différents facteurs : c'est l'excitabilité végétative. Or, beaucoup d'auteurs ont confondu le tonus avec l'excitabilité et ont voulu étudier le tonus végétatif en excitant par différentes épreuves ces nerfs. C'est une erreur, parce que la courbe du tonus et la courbe de l'excitabilité ne sont pas parfaitement superposables. » [4].

Quatre facteurs sympathiques interviennent dans la régulation et les réponses végétatives humaines :

le tonus sympathique proprement dit ou orthosympathique ;

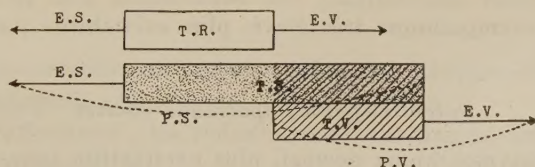
le tonus vagal ou parasympathique ;

l'excitabilité sympathique ou orthosympathique ;

l'excitabilité vagale ou parasympathique,

qui donneront naissance au tonus relatif et à l'excitabilité relative, composantes du potentiel relatif, responsable des manifestations cliniques. Nous avons essayé de représenter ces notions dans le schéma ci-joint.

SCHEMA 1. — Représentation de l'action réciproque des tonus et excitabilités pour aboutir au tonus relatif



T.S. = tonus sympathique ; T.V. = tonus vagal ; T.R. = tonus relatif ;
E.S. = excitabilité sympathique ; E.V. = excitabilité vagale ; P.S. =
potentiel sympathique ; P.V. = potentiel vagal.

En effet, si, dans la majorité des cas, on admet que tonicité ou excitabilité d'un même système sont parallèlement élevées ou abaissées, il est des cas où il peut y avoir en même temps, par exemple, hypertonie vagale et hyporéflexivité vagale, et, dans ce

cas, malgré un potentiel vagal élevé, le réflexe oculo-cardiaque peut être nul, parfois même de type sympathique. Ceci explique la grande complexité et la grande variété des potentiels sympathiques individuels et la nécessité d'une analyse clinique permettant d'objectiver la valeur des quatre facteurs sympathiques élémentaires :

- tonus et excitabilité vagales ;
- tonus et excitabilité sympathiques.

Pour chaque système vagal ou sympathique, plusieurs combinaisons peuvent donner un même potentiel. La liste suivante le prouve.

Potentiel parasympathique normal

Tonus parasympathique normal, plus excitabilité parasympathique normale.

Tonus parasympathique abaissé, plus excitabilité parasympathique élevée.

Tonus parasympathique élevé, plus excitabilité parasympathique abaissée.

Potentiel parasympathique élevé

Tonus parasympathique normal, plus excitabilité parasympathique exagérée.

Tonus parasympathique abaissé, plus excitabilité parasympathique très exagérée.

Tonus parasympathique élevé, plus excitabilité parasympathique exagérée.

Tonus parasympathique élevé, plus excitabilité parasympathique normale.

Tonus parasympathique très élevé, plus excitabilité parasympathique diminuée.

Potentiel parasympathique abaissé

Tonus parasympathique normal, plus excitabilité parasympathique diminuée.

Tonus parasympathique abaissé, plus excitabilité parasympathique normale.

Tonus parasympathique abaissé, plus excitabilité parasympathique diminuée.

Tonus parasympathique très abaissé, plus excitabilité parasympathique exagérée.

Tonus parasympathique élevé, plus excitabilité parasympathique très diminuée.

Si nous considérons maintenant que chacun de ces états, présentés peut-être d'une façon un peu simpliste, mais vraisemblable, peut se combiner à autant d'états du système antagoniste, nous nous rendons compte de la multiplicité (l'arithmétique nous dit 156) des formules susceptibles de créer le tonus et l'excitabilité sympathiques relatifs de chaque individu, et nous voyons combien la classification des états sympathiques devient complexe.

Les schémas cliniques proposés par les premiers maîtres de la sympathologie ont permis de voir clair ; mais, à l'heure actuelle, ce qu'il faut rechercher, ce n'est plus le classement de l'individu normal ou pathologique dans tel ou tel cadre général sympathique trop étroit, mais plus simplement l'appréciation par des moyens cliniques, aussi simples que possible, de la valeur du tonus et de l'excitabilité de chacun des systèmes. L'analyse de ces éléments nous aidera alors peut-être à comprendre plus aisément le mécanisme intime des manifestations complexes que nous livre la clinique, et à leur opposer une thérapeutique plus rationnelle, surtout en cette époque, où chaque jour nous apporte des agents pharmacodynamiques à prétention d'action sympathique élective.

2) UTILISATION DU SYMPATHOGRAMME

Dans les articles auxquels nous faisons allusion plus haut [1, 2, 3], nous avons précisé les conditions et la conduite d'une exploration sympathique générale valable : calme, repos, séparation des épreuves, enregistrement avec une capsule oscillographique sous la contre-pression moyenne, analyse détaillée des fréquences et des amplitudes des oscillations. Nous avons retenu :

pour l'appréciation du *tonus* : l'épreuve atropine-clinostatisme de D. Danielopolu [4] ;

pour la *réflectivité* : les réflexes oculo-cardiaque, solaire, orthostatique et clinostatique.

Les réponses peuvent être nulles, de type vagal ou de type sympathique. Dans le tableau ci-contre, nous donnons les résultats obtenus dans les états sympathiques élémentaires (tableau I).

En pratique, la fiche d'analyse de nos résultats (fig. 2 et 3) montre toute une série de chiffres (donnant les fréquences et les amplitudes), dont la lecture est difficile et la présentation peu

TABLEAU I. — Sens des réponses et valeur des tonus dans les états sympathiques élémentaires.

EXPLORATION DES RÉFLEXES				ÉPREUVE DE DANIELOPOLU		
	R.O.C.	R.S.	R.O.	T.V.	T.S.	T.R.
État normal	vagal	sympath. ou nul	ébauché	44 à 56	116 à 128	72
Hypertonie vagale	vagal ou nul	nul ou normal	vagal	70 à 80	116 à 128	46 à 58
Hyperexcitabilité vagale	vagal	vagal	vagal	exagération du clinostatisme		tendance à la bradycardie
Hypotonie vagale	nul ou sympath.	sympath.	nul ou sympath.	30 à 33	116 à 128	86 à 98
Hypoexcitabilité vagale	ébauché, normal, ou sympath.	sympath.	sympath.	clinostatisme peu marqué		tendance à la tachycardie
Hypertonie sympathique	sympath. ou nul	sympath. ou nul	sympath. ou nul	48 à 56	136 à 156	88 à 108
Hyperexcitabilité sympathique	sympath.	sympath.	sympath.	clinostatisme peu marqué		tendance à la tachycardie
Hypotonie sympathique	normal ou vagal	normal ou sympath. ébauché	vagal	48 à 52	100 à 108	52 à 60
Hypoexcitabilité sympathique	normal ou vagal	nul ou vagal	nul ou vagal	exagération du clinostatisme		tendance à la bradycardie
Hypertonie double	vagal, mixte ou nul	sympath. mixte ou nul	instabilité	72 à 98	140 à 150	68 à 78
Hyperexcitabilité double	vagal mixte	sympath. ou mixte	instabilité	exagération du clinostatisme		instabilité
Hypotonie double	nul ou ébauché	nul ou ébauché	nul ou ébauché	30 à 38	78 à 104	48 à 74
Hypoexcitabilité double	nul ou ébauché	nul ou ébauché	nul ou ébauché	clinostatisme peu marqué		stabilité

R.O.C. = réflexe oculo-cardiaque ; R.S. = réflexe solaire ; R.O. = réflexe orthostatique ; T.V. = tonus vagal ; T.S. = tonus sympathique ; T.R. = tonus relatif.

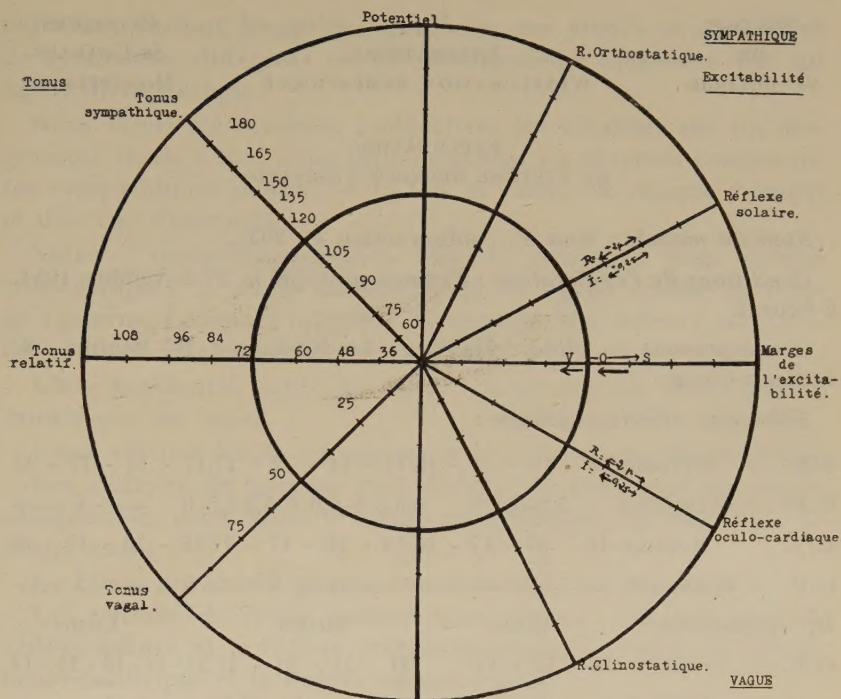


FIGURE 1. — Cadre du sympathogramme

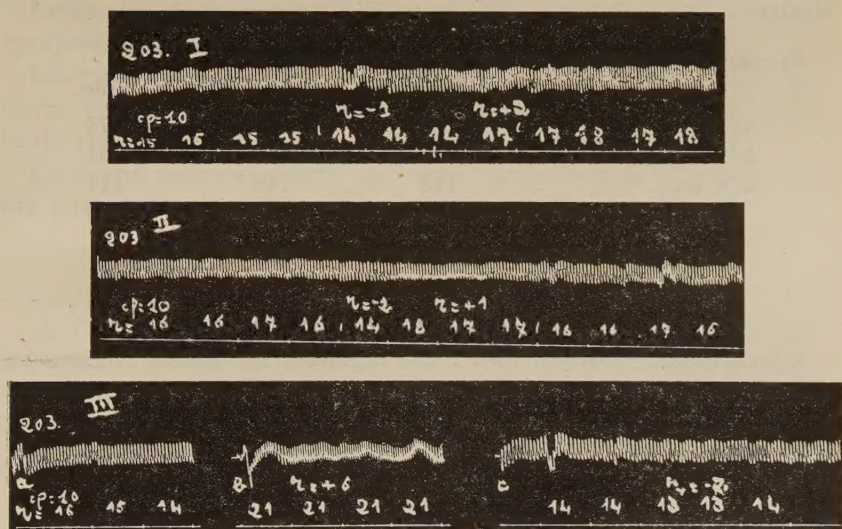


FIGURE 2. — Enregistrement des explorations sympathiques
I. Réflexe oculo-cardiaque. II. Réflexe solaire. III. Réflexe orthostatique :
a) clinostatisme ; b) réflexe orthostatique ; c) réflexe clinostatique

SERVICE
DE
NEUROLOGIE

LABORATOIRE
D'EXPLORATION SYMPATHIQUE

CLINIQUES
ST-CHARLES
MONTPELLIER

EXPLORATION
DU SYSTÈME NERVEUX VÉGÉTATIF

Nom du malade : Mme F... (observation n° 203).

Conditions de l'exploration : Examen pratiqué le 27 novembre 1954, 9 heures.

Oscillogramme en clino. : Maxima : 14. Moyenne : 10. Minima : 8. Indice : 6 mm.

Silhouette artériographique :

ROC : Rythme 15 - 16 - 15 - 15/14 - 14 - 14 - 17/17 - 18 - 17 - 18

C.P. = 10 Amplitude 5,5-5,5,6 - 6/6,5-5,5,6-6,5,5/5,5,6 ← 6 →

R.S. : Rythme 16 - 16 - 17 - 16/14 - 18 - 17 - 17/16 - 16 - 17 - 16

C.P. = 10 Amplitude ← 5 → / 5 - 4 - 4 - 5/ 5 ← 5 →

R. Orthostatique

Clino

Ortho

Clino

C.P. = 10 Rythme 16 - 15 - 14 / 21 - 21 - 21 - 21/14 - 14 - 13 - 13 - 14

Amplitude ← 5,5,5 → / 3,4,5 ← 4 → 3,4 / ← 6 →

Oscillogramme en orthostatique : Maxima : . Moyenne : . Minima : .

Epreuve de Daniélopou :

	clino.	ortho.	clino.
avant	88	128	78
1/2 mgr.	100	124	94
3/4 mgr.	118	140	114
1 mgr.	120	144	120
1 mgr. 1/4			
1 mgr. 1/2			
	T.S., 120	T.V., 32	T.R., 88

CONCLUSIONS. — *Réflexivité :* Les réponses au réflexe solaire et réflexe oculo-cardiaque sont diphasiques : d'abord ralentissement, ensuite accélération cardiaque. L'excitabilité relative sympathique domine, en raison d'une réponse très importante au réflexe orthostatique.

Tonicité : Hypotonie vagale.

FIGURE 3. — Fiche d'analyse des tracés

objective, surtout lorsqu'on veut faire des études comparatives de syndromes différents ou de modifications apportées par un agent thérapeutique.

Nous avons été conduits à objectiver les résultats sur un diagramme facile à lire, dans lequel figurent les diverses composantes sympathiques donnant à la fois la valeur de chaque élément et une vue d'ensemble.

Notre « sympathogramme » (fig. 1) comporte deux cercles concentriques, le cercle externe ayant un rayon double de celui de l'intérieur. Le cercle intérieur correspond aux valeurs normales de tonus et à l'absence d'excitabilité.

L'axe horizontal limite les zones : au-dessus du sympathique, au-dessous du vagal.

L'axe vertical limite : à gauche le tonus, à droite l'excitabilité.

Les cadrans de gauche sont divisés en deux par un rayon oblique : en haut pour le tonus sympathique, en bas pour le tonus vagal.

Le rayon horizontal gauche est réservé au tonus relatif.

Les cadrans de droite portent deux rayons : en haut pour le réflexe solaire et le réflexe orthostatique, en bas pour le réflexe oculo-cardiaque et le réflexe clinostatique.

Le rayon horizontal de droite est réservé aux marges des excitabilités (excitabilité relative).

Enfin, les deux rayons verticaux sont réservés : au potentiel sympathique en haut, au potentiel vagal en bas.

Les rayons du grand cercle, correspondant au tonus relatif, au tonus vagal, aux excitabilités sympathique et vagale, à l'excitabilité relative, sont divisés en huit parties égales.

Le rayon correspondant au tonus sympathique est divisé en dix parties identiques.

Représentation des tonus

a) *Tonus sympathique* : chaque division correspond à 15 pulsations ; la normale est de 120 au niveau du cercle intérieur.

b) *Tonus relatif* : valeur de 12 en 12 avec la normale à 72.

c) *Tonus vagal* : la valeur normale est de 50 pulsations, chaque division représentant 12,5 pulsations.

A l'intérieur de la petite circonférence se trouvent les hypotonies, à l'extérieur les hypertonies.

Représentation des excitabilités

a) Si nous considérons les *variations de rythme*, chaque division du rayon correspond à une *augmentation ou une diminution de deux battements par dix secondes* pour un réflexe donné.

b) Pour les *variations d'amplitude*, nous admettons que *chaque division du rayon vaut 0,25*. Afin de faire une mesure aussi objective que possible, nous déterminons la valeur i à porter sur le diagramme de la façon suivante :

soit i_1 la valeur de l'indice avant le réflexe,

et i_2 la valeur de l'indice modifié par l'excitation :

$$i = \frac{i_1 - i_2}{i_1}$$

Le chiffre obtenu peut être positif ou négatif suivant le sens de la réponse : dans la réponse normale au réflexe sympathique, i est positif ; dans la réponse normale à la réflectivité vagale, i est négatif.

Quand les réponses se font dans le sens normal des réflexes, les valeurs sont portées à l'extérieur du cercle à petit rayon.

Quand les réponses aux réflexes sont inversées, les points sont situés à l'intérieur de ce cercle.

Nous trouvons donc les inversions d'excitabilité (ralentissement pour le R.S., accélération pour le R.O.C.), à l'intérieur du cercle à petit rayon.

A l'extérieur de ce cercle, se situent les excitabilités exagérées plus ou moins importantes, mais se faisant dans le sens de la réponse habituelle.

Les *marges de l'excitabilité* sont indiquées sur le rayon horizontal droit : en dedans du cercle intérieur pour l'excitabilité vagale, en dehors pour l'excitabilité sympathique.

Les marges de l'excitabilité sont représentées par la moyenne des réponses obtenues aux deux réflexes explorant chaque système.

Dans certains cas aberrants, les réponses vasculaires et cardiaques sont dissociées pour un même réflexe : une réponse se faisant dans le sens sympathique, l'autre dans le sens vagal. Les deux points sont portés sur le sympathogramme, le tracé passant par le point correspondant à la réponse normale.

Dans d'autres cas, la réponse est diphase, c'est-à-dire que, dans un premier temps, la réponse se fait dans un sens, dans un deuxième temps, dans le sens inverse, la réponse normale pou-

vant précéder ou suivre la réponse inversée. Là encore, les deux points sont portés sur le sympathogramme ; une ligne pointillée indique les variations secondaires de l'excitabilité.

Représentation du potentiel

Le potentiel est calculé en ajoutant aux tonus la marge de l'excitabilité du système correspondant.

Dans le cas d'excitabilité inversée, le potentiel est égal au tonus, l'excitabilité étant nulle.

3) QUELQUES APPLICATIONS DU SYMPATHOGRAMME

a) Nous nous contenterons de donner un certain nombre d'exemples en reproduisant les graphiques que nous avons obtenus dans certains états : anxiété, schizophrénie, comitialité, éthy-lisme, traumatisme crânien.

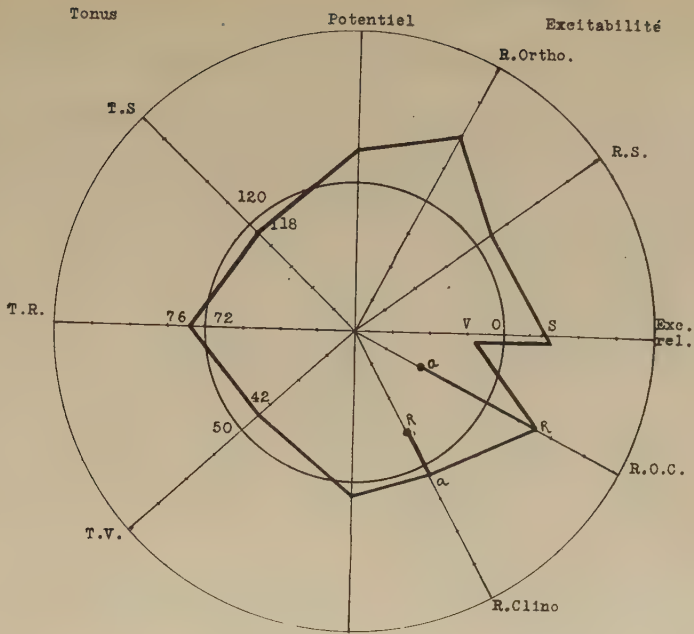
Dans l'*anxiété*, les réponses sont assez variables, et nous sommes le plus souvent frappés par des discordances ou par des réponses diphasiques. Dans la figure 4, il s'agit d'une anxieuse dont nous avons reproduit les graphiques et la fiche analytique montrant une hypotonie vagale, et une réponse diphase dans l'exploration des excitabilités par le réflexe solaire et par le réflexe oculo-cardiaque.

Le déséquilibre neuro-végétatif du *schizophrène*, comme celui de l'anxieux, mériterait une étude beaucoup plus poussée, et nous ne donnons le sympathogramme de la figure 5 qu'à titre d'exemple : nous voyons là une hypoamphotonie plus accentuée pour le tonus vagal. L'excitabilité sympathique est exagérée et prédominante, car si la réponse au réflexe oculo-cardiaque est nulle, elle est positive pour le réflexe clinostatique, mais avec une première phase d'accélération cardiaque de type sympathique.

Chez un *comitial*, nous remarquons, en examinant le sympathogramme (fig. 6), que les tonus sont normaux ; la réponse au réflexe solaire est normale, alors que celle du réflexe clinostatique est nettement augmentée. Pour l'excitabilité vagale, la réponse au réflexe oculo-cardiaque est importante, mais on note une diminution de l'amplitude des oscillations. La réponse au réflexe clinostatique est dissociée, de type vagal, pour l'amplitude des oscillations ; elle est de type sympathique pour le rythme cardiaque.

Dans l'*alcoolisme chronique*, nous trouvons habituellement la

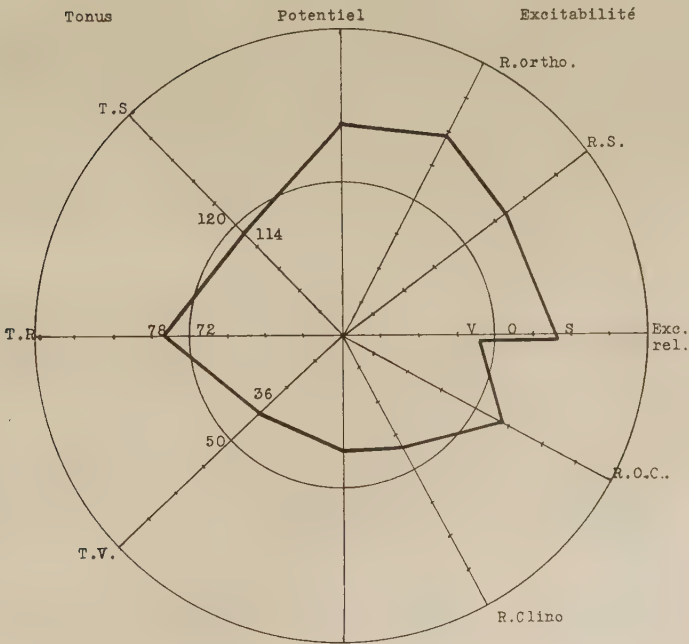
SYMPATHIQUE



VAGUE

FIGURE 6. — Sympathogramme d'un comitial

Sympathique



Vague

FIGURE 7. — Sympathogramme d'un éthylique

prédominance du potentiel sympathique sur le potentiel vagal en raison de l'hyperexcitabilité sympathique. Le tonus sympathique est très souvent normal, alors que le tonus vagal est abaissé, mais nous trouvons aussi des hypoamphotonies. Nous avons choisi la figure 7, dans laquelle nous remarquons un tonus sympathique dans la limite de la normale, et un abaissement du tonus vagal, une hyperexcitabilité sympathique, l'excitabilité vagale est inversée à l'épreuve du clinostatisme.

Dans les *séquelles des traumatismes crâniens*, se traduisant par un *syndrome subjectif commun* [5, 6, 7], nous obtenons des diagrammes montrant une importante hypoamphotonie, dont nous donnons un exemple dans la figure 8. L'hypoamphotonie est associée à une hyperexcitabilité sympathique, l'excitabilité vagale est légèrement augmentée.

b) Nous avons appliqué le sympathogramme à l'étude de divers médicaments utilisés dans notre service, véritables agents pharmacodynamiques modifiant l'activité du système nerveux végétatif.

Le sympathogramme a été établi avant (trait plein) et après (trait pointillé) l'effet de l'agent thérapeutique.

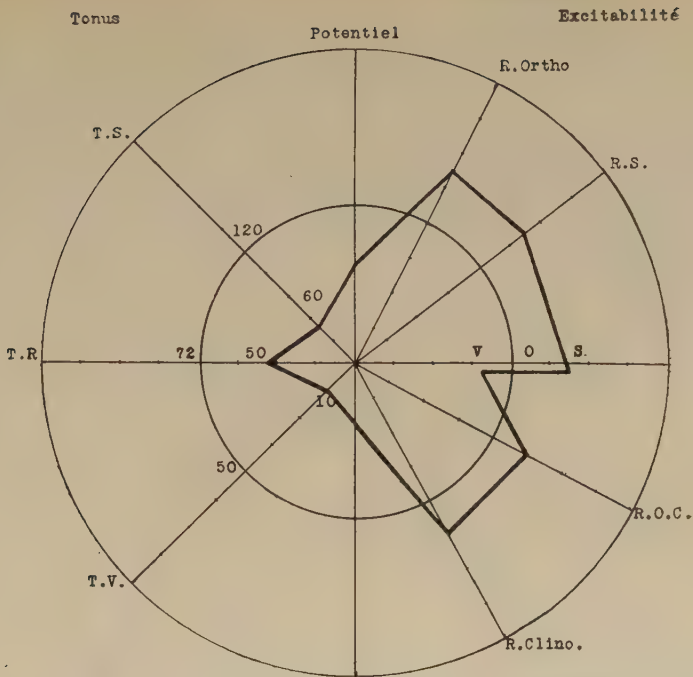
Dans une des observations où nous avons étudié l'effet du 4560 R.P., il s'agissait d'une malade assez complexe, présentant une anxiété très importante avec douleurs cervico-brachiales marquées, chez laquelle une triple étiologie peut être invoquée : constitution anxieuse chez une intellectuelle, état névrotique par insatisfaction de la situation sociale, enfin séquelle d'un traumatisme cervico-cranien avec modification de la statique cervicale par léger glissement de C5 sur C6 et association d'un syndrome sympathique cervical postérieur. L'électroencéphalographie et la radiographie crânienne sont normales. Le métabolisme de base est augmenté de + 20 %.

Dans un premier temps, nous avons étudié les effets précoces du 4560 R.P., faisant un « sympathogramme » avant et une étude de la réflectivité 48 heures après l'absorption quotidienne *per os* de 100 mgr. du produit (fig. 9).

Nous avons constaté, à la suite de cette première phase de l'action thérapeutique, une augmentation considérable de l'excitabilité sympathique à l'orthostatisme, par contre un redressement de la réponse vagale aussi bien au réflexe oculo-cardiaque qu'au clinostatisme.

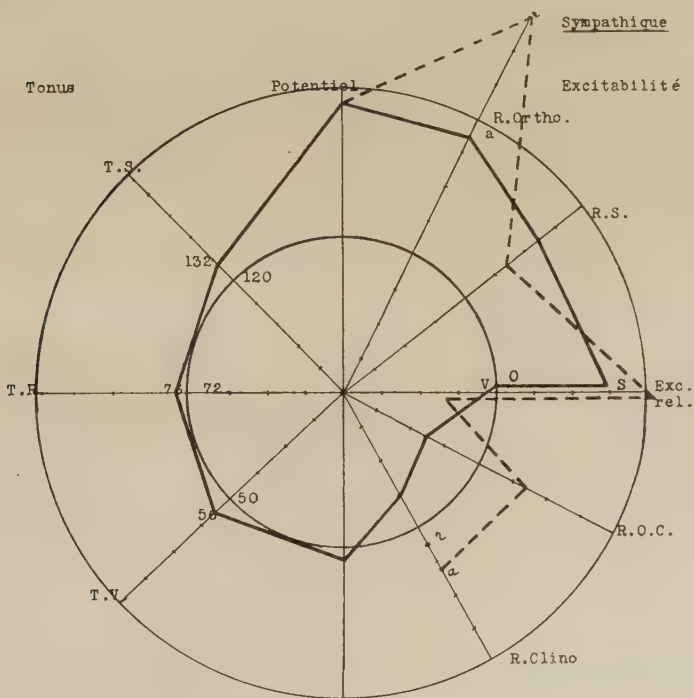
Ces constatations objectivent les malaises qu'éprouvent certains malades pendant les premiers jours du traitement et la

SYMPATHIQUE



VAGUE

FIGURE 8. — Sympathogramme d'un malade présentant un syndrome subjectif commun des traumatisés crâniens



Vague

FIGURE 9. — Action du 4560 R.P. après 48 heures de traitement

nécessité pour ceux-ci de rester allongés pendant les trente minutes qui suivent l'ingestion du produit.

Le traitement a été ensuite poursuivi pendant 15 jours et la dose de 150 mgr. a été administrée quotidiennement par voie intramusculaire.

Le sympathogramme, établi après ces quinze jours (fig. 10),

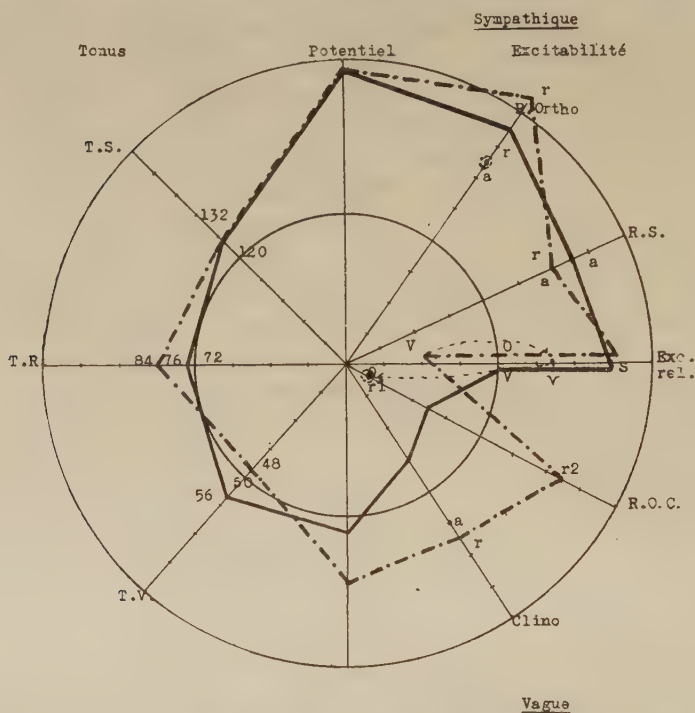
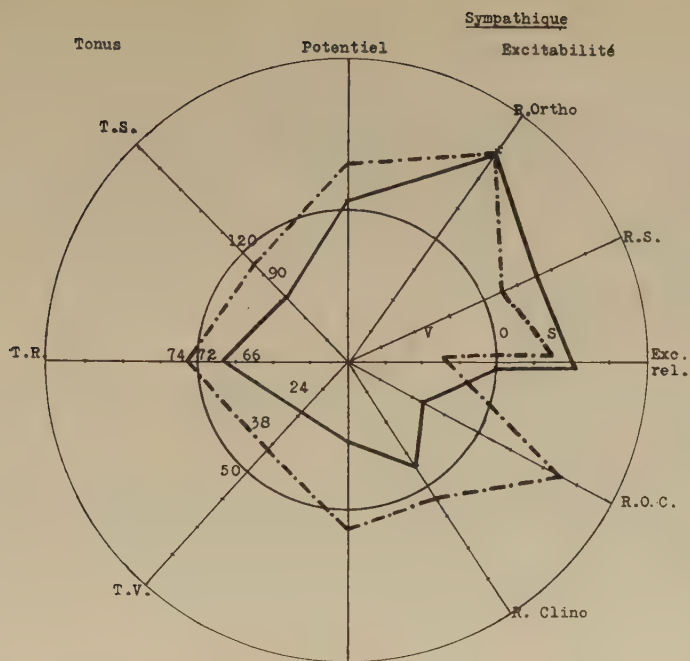


FIGURE 10. — Action du 4560 R.P. après 15 jours de traitement

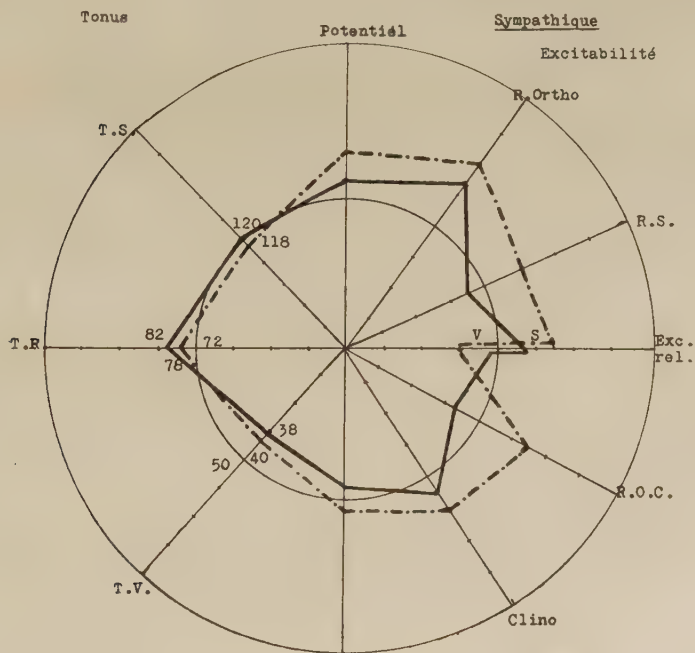
montre une réduction de l'hypertonie vagale donnant un tonus relatif augmenté ; le tonus sympathique est inchangé. La marge de l'excitabilité sympathique est relevée ; ceci est dû surtout à l'exagération du réflexe orthostatique. Quant à l'excitabilité vagale, elle reste très fortement positive ; cependant, la réponse au réflexe oculo-cardiaque est diphasique avec, dans les dix premières secondes, une accélération cardiaque importante.

Il ne s'agit là que d'un cas isolé très complexe, que nous donnons surtout pour montrer l'utilisation du « sympathogramme » et non pour représenter l'effet habituel du 4560 R.P., car d'autres observations ne nous ont pas donné les mêmes résultats.



Vague

FIGURE 11. — Action de l'éthyl-2-butanoate de calcium (observation 43)



Vague

FIGURE 12. — Action de l'éthyl-2-butanoate de calcium (observation 116)

Enfin, nous avons particulièrement étudié ces derniers temps l'action de l'éthyl-2-butanoate de calcium [8, 9, 10].

15 malades présentant en majorité (14 cas) des dystonies neurovégétatives ont suivi un traitement à l'éthyl-2-butanoate de calcium à raison de cinq comprimés à 0,50 gr. par jour pendant 10 jours.

Nous reproduisons, dans les figures 11 et 12, deux des sympathogrammes obtenus.

OBSERVATION n° 43. — Malade de 19 ans, souffrant d'un déséquilibre psychique à forme cyclothymique prédominante, anxiété quasi-permanente, cénesthésies multiples.

On note une *amélioration des deux tonus par réduction de l'hypoamphotonie* (figure 11), une *diminution de l'excitabilité sympathique*, et, par contre, *l'excitabilité vagale, inversée au départ, se redresse*, avec une réponse très importante au réflexe oculo-cardiaque. L'amélioration ressentie par la malade persiste quand celle-ci revient chez elle.

OBSERVATION n° 116. — Malade présentant des troubles cénestopathiques divers, très surmenée ; consulte pour une aphonie transitoire sans cause organique décelable.

Après le traitement, les *tonus sont peu modifiés*, mais les *deux excitabilités inversées au départ se redressent et se normalisent* (figure 12).

Cette étude fera l'objet d'une autre communication. Nous résumerons brièvement ici nos conclusions. L'éthyl-2-butanoate de calcium agit à la fois sur le tonus et les excitabilités tendant à ramener l'un et l'autre vers la normale. L'action sur les tonus se traduit soit par l'augmentation du tonus dans le cas d'hypoamphotonie, soit par diminution dans le cas d'hypertonie.

Les excitabilités sont influencées par le traitement, avec cependant une action plus importante sur l'excitabilité vagale.

Comme on le voit, cette technique graphique objective très nettement les résultats des diverses explorations sympathiques souvent très nuancées et difficiles à apprécier sur la simple vue des tracés d'enregistrement.

L'intérêt est plus grand encore dans l'étude de l'évolution dans le temps des états sympathiques ou des modifications apportées par un agent pharmacodynamique.

BIBLIOGRAPHIE

1. EUZIÈRE (J.), LAFON (R.) et FASSIO (E.). — Interprétation des épreuves d'exploration du système sympathique, *Montpellier médical*, décembre 1938, 242.
 2. EUZIÈRE (J.), LAFON (R.) et FASSIO (E.). — Des modifications de la réflexivité sympathique par l'orthostatisme, *Montpellier médical*, novembre 1938.
 3. LAFON (R.) et FASSIO (E.). — Notions pratiques sur les techniques et la séméiologie des principales épreuves d'exploration fonctionnelle globale du système nerveux végétatif, *Languedoc médical*, mars 1939, 98.
 4. DANIELOPOLU (D.). — *Le système nerveux de la vie végétative*. I. Anatomophysiologie normale, G. Doin et C^{ie} éditeurs, 1932.
 5. LAFON (R.), LABAUGE (R.), ABRIC (J.) et Mlle FAURRE. — Le dysfonctionnement végétatif au cours du syndrome subjectif des traumatisés crâniens, *Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 2 juillet 1954.
 6. LAFON (R.), PAGÈS (P.), THIBAUD (M.), LABAUGE (R.), TEMPLE (J.-P.), PAGÈS (A.) et Mlle FAURRE. — A la recherche de critères d'objectivité dans l'étude du syndrome dit subjectif des traumatisés crâniens : aspects endocriniens et végétatifs, *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes des pays de langue française*, Liège, juillet 1954.
 7. LAFON (R.), LABAUGE (R.), MINVIELLE (J.), PAGÈS (A.) et Mlle FAURRE. — Le syndrome subjectif commun des traumatisés crâniens : aspects endocriniens et végétatifs. Réunion d'oto-neuro-ophtalmologie du Languedoc méditerranéen, 7 novembre, à paraître dans le *Montpellier médical*, janvier 1955.
 8. FRANKLAND (E.) et DUPPA (B.-F.). — *Annales*, 138, 221. Comptes rendus, 9, 855, 1865.
 9. BEAULATON (I.-S.). — *Thèse de doctorat*, pharmacie, Montpellier, janvier 1951.
 10. LAFON (R.) et FAURRE (Mlle L.-E.). — Action sur le système nerveux sympathique de l'éthyl-2-butanoate de calcium. Application du sympathogramme, *La clinique*, mars 1955, 50^e année, n° 486.
-

RESULTATS D'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE

Analyse concernant 100 malades d'un service ouvert de psychiatrie par la méthode des tests (Scatter, Cornell Index et Rosenzweig)

PAR

P. PASQUET, P. LABOUREUR, E.-J.-P. CAILLE
(Marine, Toulon)

Aussi convaincus que nous demeurons de la primauté de l'examen clinique en psychiatrie, nous pensons qu'il est très utile de le compléter, chez certains de nos malades mentaux, par des tests psychologiques destinés à préciser leur fond mental et à évaluer le degré de leur « détérioration » éventuelle.

Utilisant des tests caractériels collectifs pour la sélection psychologique du personnel navigant de l'aéronautique navale, dont l'un de nous est chargé, nous avons expérimenté à l'occasion de ces examens deux épreuves : un interrogatoire psycho-somatique, le « Cornell Index » (forme II) et un test projectif, le test de frustration de Rosenzweig (1).

Nous rapportons ici une étude statistique de l'ensemble de ces résultats que nous avons pu réaliser avec le concours de la Section études et recherches du service de sélection et orientation de la marine.

Nous pensons souligner ainsi l'intérêt de l'examen psychologique des malades mentaux surtout dans un but pronostic et faisons une étude critique des tests caractériels expérimentés.

I

1. Pour mesurer la détérioration mentale, nous adoptons la méthode de Wechsler qui consiste à établir un « Scatter » entre

(1) Ces deux tests sont édités par le Centre de psychologie appliquée.

deux groupes de tests, les tests d'intelligence non verbale, d'une part, les tests vocabulaires, d'autre part. Cette méthode repose sur le postulat de Babcock selon lequel les tests atteints par l'âge le sont aussi par la détérioration pathologique. L'âge et les processus organiques ou vésaniques, d'ordre pathologique, atteignent au maximum les tests d'intelligence non verbaux et respectent relativement les tests de vocabulaire.

Nous utilisons :

comme tests non verbaux les « progressives matrices » de Raven (matrix 1938) et le test D. 48 (dominos) du Centre de psychologie appliquée ;

comme tests verbaux, le test verbal du Service de sélection orientation du personnel de la marine et le test de vocabulaire du Centre de psychologie appliquée (Binoit et Pichot).

Les épreuves verbales, d'une part, et le D.48, d'autre part, n'étant pas encore étalonnés par âge chronologique sur notre population « marine », la part de la détérioration physiologique est encore difficile à apprécier par rapport à la détérioration psychométrique que nous mesurerons globalement ; mais nous verrons que le calcul des intercorrélations permet d'en fixer les niveaux relatifs moyens.

2. Le « *Cornell Index* » (*forme II*) est un questionnaire psychosomatique américain comportant 101 questions auxquelles le sujet répond par oui ou non. L'auteur distingue les questions « stop » des autres réponses dites « significatives ». Toute question « stop » ou un certain nombre de réponses significatives conduisent à pratiquer un examen clinique poussé, le sujet étant suspect de troubles psychopathiques.

3. Le test de frustration de Rosenzweig est un test projectif intermédiaire entre le T.A.T. de Murray et le test d'association de mots de Jung.

24 situation de « stress » sont présentées au sujet. Il s'agit de dessins peu structurés représentant une scène de la vie courante ; le stress est précisé par une phrase prononcée par le personnage qui est à l'origine de la situation frustrante ; la réponse à cette phrase est donnée par le sujet testé qui est ainsi appelé à s'identifier avec le personnage frustré.

Chaque réponse est analysée en tenant compte de deux aspects différents : la direction de l'agression et le type de réaction.

a) La direction de l'agression. La réponse est :
extra-punitive (E) si l'agression est dirigée vers l'extérieur ;
intro-punitive (I), si elle est dirigée vers le sujet lui-même ;
impunitive (M) quand l'agression est évitée : le stress n'est de la faute de personne, la situation s'améliorera, on se contente d'attendre, on s'y conforme.

b) *Le type de réaction* :

première éventualité : le stress est dominant (O.D., le sujet se contente de le commenter) ;

deuxième éventualité : la personnalité du sujet joue la part la plus importante (E.D.) puisqu'il déclare que cette responsabilité n'incombe à personne, qu'il rejette la faute sur autrui ou qu'il en accepte la responsabilité ;

troisième éventualité : dite persistance du besoin (N.P.), le sujet recherche une solution au stress.

EXEMPLE : *Situation n° 1.*

Un automobiliste élabousse un piéton et s'excuse.

Le sujet s'identifiant au piéton peut répondre : « C'est désagréable. »

L'agression est dirigée vers l'extérieur (E.), la réponse est extra-punitive. C'est un commentaire du stress (O.D.).

« Il n'y a pas de mal » : Ce n'est la faute de personne, la réponse est impunitive (M.). C'est ici la personnalité du sujet qui a la part la plus importante, il déclare que cette responsabilité n'incombe à personne (E.D.).

« Je nettoierai mes vêtements » : L'agression est dirigée vers le sujet qui réparera les dégâts du stress, la réponse est intro-punitive (I.), il recherche une solution (N.P.).

Certaines réponses sont rencontrées avec une fréquence telle qu'on peut les considérer comme « significatives » de la population examinée. Ces réponses significatives permettent de calculer un « indice de conformité au groupe » ou G.C.R.

Nous avons calculé un nouvel indice de conformité au groupe à partir de 241 tests de sujets candidats aux spécialités de « volants de l'aéronautique navale », les réponses significatives sont sensiblement différentes de celles données par l'auteur. Mais cette population présente des traits caractériels qui la différencient nettement, en particulier une forte agressivité allant de pair avec une certaine labilité affective. Nous avons donc préféré calculer le G.C.R. de nos malades en prenant comme significatives les mêmes réponses que Rosenzweig.

II. — REMARQUES SUR LA POPULATION EXAMINÉE

Les 100 sujets examinés ont été hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'Hôpital maritime de Sainte-Anne pendant les six premiers mois de l'année 1954 : on y compte 54 éthyliques, 28 caractériels et 27 psychopathes.

1. L'âge moyen des éthyliques est de 38 ans. Cette population est suffisamment homogène pour que les résultats du test de Rosenzweig mettent en évidence les traits caractériels bien connus de ces intoxiqués sur lesquels nous reviendrons.

Il s'agit le plus souvent de militaires de carrière présentant des signes d'imprégnation avancée et un mauvais rendement professionnel. L'examen des spécialistes devait conclure soit à l'aptitude à reprendre le service, soit à la réforme ; la sincérité de leurs réponses à l'interrogatoire psycho-somatique de Cornell doit être mise en doute, ce qui diminue l'intérêt de ce test appliqué à cette population.

2. L'âge moyen des caractériels est de 22 ans. Cette population n'est pas du tout homogène du point de vue psychopathologique.

Neuf présentaient une prédominance des réponses impunitives allant de 60 à 87, ce qui autorise les commentaires que nous ferons ultérieurement sur ce point. Mais nous en trouvons sept avec prédominance des réponses intropunitives (sentiment de culpabilité) et trois avec prédominance des réponses extra-punitives (agressivité). Sept avaient des réponses normales, il s'agissait de petites inadaptations au milieu militaire qui ne permettent pas de préjuger d'une inadaptation sociale dans le milieu civil. Ceci explique que les résultats rapportés en annexe, qui sont une moyenne intéressant cette population, sont voisins de la normale.

3. Cette remarque est également valable pour la population des psychopathes qui n'est pas plus homogène.

Cinq malades avaient une prédominance des réponses intro-punitives, six des réponses extra-punitives, six des réponses impunitives. Les dix autres étaient des malades convalescents de syndromes psychopathiques aigus (bouffées délirantes, états oniroïdes...) ou périodiques. Les premiers, au contraire, avaient une psychose encore évolutive, soit de même nature, soit symptomatique d'un état liminaire d'une psychopathie chronique, le plus souvent schizophrénique. Nous pensons revenir ultérieurement sur les corrélations particulières entre les tests et les différentes catégories de psychoses. Ce n'est pas notre propos actuel dans cette étude générale.

III. — ETUDE STATISTIQUE DES RÉSULTATS

L'étude statistique de ces examens est rapportée dans les tableaux 1 et 2. Le tableau 1 n'intéresse que les 65 sujets présentant un net degré de détérioration mentale. Le tableau 2 porte sur l'ensemble de la population. Tous les coefficients de corrélation ont été calculés par l'intermédiaire du γ ennéachorique de Coumétou, méthode particulièrement rapide pour l'exploitation des fiches mécanographiques ouvertes pour chacun de nos malades faisant l'objet de cette étude. La validité des coefficients que nous avançons a été « testée » par l'étude des répartitions de chacune des données examinées.

1. *Etude portant sur la détérioration mentale.* — 34 % des éthyliques, 67 % des caractériels et 55 % des psychopathes étaient détériorés. La détérioration est exprimée en écart type (σ).

Rappelons que, d'après les répartitions de Pichot, la probabilité pour que la détérioration psychométrique soit due à une détérioration pathologique est de 69 à 84 % pour un écart type compris entre 0,5 et 1, de 84 à 93 % pour un écart type compris entre 1 et 1,5 et de 98 % pour un écart type de 2.

Dans notre expérience, la détérioration varie, suivant les sujets, de 0,5 écart type à 3,5 écart type.

Comme l'ont établi Binet et Simon, dès 1911, il faut remarquer qu'il est difficile d'évaluer la détérioration mentale quand le niveau d'intelligence originel est trop faible, par exemple chez les oligophrènes. D'autre part, il est uniformément reconnu qu'à un certain moment, le processus pathologique atteint également les tests verbaux. Nous pourrions, dans quelques années, fournir des éléments statistiques sur ce sujet, tous les engagés et recrutés de la marine passant une batterie psychométrique comprenant des tests verbaux et non verbaux au moment de leur incorporation et leurs fiches d'examen psychologique étant archivées et mécanographiées.

Si nous admettons que les tests caractériels sont d'autant plus aberrants que le psychisme est plus atteint, la comparaison des tableaux 1 et 2 montre que le degré de détérioration est fonction de l'importance des troubles psychopathiques, ce qui est confirmé par la clinique. Le fait que la détérioration mentale soit provoquée en partie par le vieillissement (détérioration physiologique) est confirmé par la corrélation négative de -0.26 existant entre l'âge et le score moyen des tests d'intelligence générale (épreuves qui ne tiennent pas : Matrix 33 — D. 48) ; notons toutefois une

TABLEAU I. — Corrélations psychométriques et caractérielles concernant 65 personnalités pathologiques ou subnormales.

	Répartition (3 communs)			AGE	T 1 D 48	T 7	Disc.	C. I.	E. C. R.	E	I	M	OD	ED	N. P.
	ETHYLI- QUES	PETITS CARACTÉ- RIELS	PSYCHO- PATHES												
Nombre.....	34	19	5												
Age.....	36,5	23,6	30,3												
T1-D 48.....	26,5	26,7	24,8	-. 20											
T7 V ¹	55,8	56,3	49,8	-. 07	. 74										
Diss. en σ (moyenne)	détério- ration - 2 σ	détério- ration - 2 σ	détério- ration - 1,6 σ												
Cornell.....	12,5	19,5	23,9	. 39	. 11	. 17									
G. C. R.....	44,9	50,9	47,7	-. 46	. 34	. 17		. 42							
E.....	41	45,9	47,6	. 09	-. 25	. 13		-. 38							
I.....	55,6	46,9	52,9	. 21	. 04	-. 08		. 29							
M.....	58,5	60,8	48,6	-. 21	. 16	. 28		. 16							
OD.....	49,9	51,6	47,8	. 00	. 12	. 31		-. 04							
ED.....	42,8	47,6	50,9	-. 13	-. 08	. 04		-. 13							
NP.....	57,2	53,5	51,4	. 25	. 04	. 04		. 19							

corrélation de -0.15 entre l'âge et le score moyen au test de vocabulaire en faveur d'une dégradation psychologique indéniable du matériel verbal en fonction, soit de la sénescence normale, soit d'une altération pathologique, ce lien tombe à -0.07 pour le groupe de nos 65 sujets les plus atteints du point de vue mental, ce qui semble indiquer une assez nette prépondérance de l'élément physiologique.

2. *Etude portant sur les scores au « Cornell Index » (forme II).* Une étude de la Section études et recherches du service de sélection orientation du personnel de la marine portant sur 390 engagés a montré que le seuil de 17 réponses significatives au « Cornell Index » différencie les sujets suspects.

Ce point est ici confirmé : les caractériels et les psychopathes ont un score supérieur à 17. Pour les raisons que nous avons exprimées plus haut, la sincérité des éthyliques peut être mise en doute : ils avaient conscience que du résultat de ces examens dépendait une part de la décision d'aptitude au service.

Nous voyons qu'il existe une corrélation positive de 0.39 entre les scores obtenus à ce test et l'âge des sujets : plus les sujets sont âgés, plus leur symptomatologie fonctionnelle est riche, ce qui était prévisible.

Nous étudierons ultérieurement les liens qui existent entre ce test et celui de Rosenzweig.

3. *Etude portant sur les résultats à l'épreuve de Rosenzweig.* Les éthyliques présentent les caractéristiques suivantes :

- un mauvais indice de conformité au groupe témoignant de leur inadaptation sociale ;

- une prédominance des réponses de persistance non adaptive du besoin (N.P.) allant de pair avec un pourcentage de réponses de défense du moi (E.D.) faible.

Nous considérons de tels protocoles comme symptomatiques d'une coartation affective. De plus, la prépondérance des réponses intro-punitives y met nettement en évidence l'existence d'un complexe d'infériorité.

Ce sentiment de culpabilité est fréquent chez ces malades, il peut être à l'origine de l'intoxication ou en être la conséquence. L'éthylique est souvent un timide, un scrupuleux, un renfermé, un nostalgique qui a besoin du toxique pour s'extérioriser, devenir bavard, sociable... Nous avons fréquemment rencontré ces traits caractériels chez nos malades bretons. C'est sur ce sentiment d'infériorité que devra porter la psychothérapie, complé-

TABLEAU II. — Corrélations psychométriques et caractérielles concernant 100 personnalités pathologiques ou subnormales.

	Répartition (3 communs)			AGE	T 1 D 48	T 7	Disc.	C.I.	G.C.R.	E	I	M	OD	ED	N P.
	ETHYLI- QUES	PETITS CARAC- TÉRIELS	PSYCHO- PATHES												
Nombre.....	54	28	27												
Age	35,8	22,2	27,1												
T.-D 48.....	28,4	31,1	30,0	-. 26											
T7 V1.....	48,6	53,6	47,1	-. 15	. 49										
Diss. en σ (moyenne)	détério- ration - 1,25 σ	détério- ration - 1 σ	détério- ration - 0,6 σ												
Cornell.....	12,8	17,3	23,6	. 39	. 21	. 02									
G.C.R	45,3	51,8	48,8	-. 13	. 19	. 07									
E.....	41,9	45,6	48,1	. 12	-. 02	. 00	-. 17	-. 35							
I.....	55,5	49,7	53,1	-. 05	. 11	-. 08	. 20	. 13	-. 53						
M.....	57,3	59,7	48,6	-. 16	. 00	. 21	. 07	. 33	-. 73	-. 16					
OD.....	48,5	51,1	44,1	. 02	-. 02	. 25	-. 07	-. 02	. 04	. 08	-. 08				
ED.....	43,1	48,6	51,8	-. 25	. 26	. 00	-. 21	-. 09	. 45	-. 23	-. 21	-. 40			
N.P.....	57,9	51,2	52,0	. 21	-. 13	-. 08	. 04	. 20	-. 47	. 24	. 29	-. 45	. 58		

ment indispensable des cures d'interdiction et dont une des meilleures formes est la « psychothérapie de groupe ». Dans les clubs de désintoxiqués, les malades se serrent les coudes, se soutiennent, reprennent confiance en eux et arrivent ainsi parfois à consolider définitivement leur guérison.

Chez les caractériels, nous trouvons un pourcentage élevé de réponses impunitives (M) que Rosenzweig considère comme symptomatique d'un surcontrôle, d'un refoulement.

L'étude de corrélations intra-tests des 7 éléments de dépouillement du Rosenzweig montre que :

a) plus le sujet se contrôle, meilleur est son indice de conformité au groupe :

$$(G.C.R. \text{ et } M = .33 ; G.C.R. \text{ et } N.P. = .20),$$

plus le sujet est agressif, moins il est adapté :

$$(G.C.R. \text{ et } E = -.35).$$

b) l'agressivité est fréquente chez les immatures (E et E.D. = .45) et entraîne une inadaptation (E et N.P. = -.47).

Les sujets souffrant d'un complexe d'infériorité sont coartés affectivement :

$$(I \text{ et } E.D. = -.23 ; I \text{ et } N.P. = .24).$$

Notre hypothèse qu'un petit nombre de réponse « défense du moi » (E.D. faible) et qu'un grand nombre de réponses « persistance du besoin » (N.P. fort) sont symptomatiques d'une coartation affective, est confirmée par les corrélations existant entre ces deux facteurs et M, qui, pour Rosenzweig, témoigne d'un refoulement :

$$(M \text{ et } E.D. = -.21 ; M \text{ et } N.P. = .29).$$

4. *L'étude des corrélations inter-tests nous montre que :*

a) Plus le sujet est âgé, plus le nombre de réponses « défense du moi » (E.D.) devient faible et plus le nombre de réponses « persistance du besoin » (N.P.) est fort.

Un E.D. fort témoigne en effet d'une immaturité affective et un N.P. fort d'une persistance du besoin souvent inadaptée à la frustration.

b) Parmi la population qui est étudiée dans ce travail, ce sont les petits caractériels, encore jeunes et immatures qui obtiennent les meilleures scores aux tests de niveau intellectuel.

c) Un score élevé aux tests verbaux va souvent de pair avec un O.D. (stress dominant) fort. Les sujets ayant un bon test verbal ont tendance à apporter des commentaires sur le stress.

d) Il existe une corrélation négative entre les E (réponses extra-punitives) et le « Cornell Index » : les sujets agressifs ont une symptomatologie psycho-somatique pauvre, ils ne s'occupent pas d'eux-mêmes mais des autres.

Le même phénomène est observé entre les réponses E.D. et les scores au « Cornell Index ». En revanche, les sujets ayant un I élevé, souffrant d'un complexe d'infériorité, sont intériorisés et ont une riche symptomatologie psycho-somatique.

IV. — CONCLUSIONS

Cette étude nous semble mettre en évidence une fois de plus l'intérêt de l'examen psychologique par les tests d'intelligence et par les tests caractériels (« Cornell Index » et test de frustration de Rosenzweig) des malades mentaux.

Ils permettent de préciser l'atteinte du fond mental et de révéler un aspect dissimulé de la personnalité ; ils aident à établir un pronostic et peuvent guider la thérapeutique.

L'interprétation des tests ayant été faite par l'un de nous, qui n'avait pas connaissance de l'examen clinique, ces confrontations ultérieures des résultats du « Cornell Index » et du test de Rosenzweig avec la clinique constitue une étude de la validité de ces deux tests, qui seront utilisés avec profit dans les examens psychologiques.

TRAITEMENT ET PRONOSTIC DES PSYCHOPATHIES CHRONIQUES

PAR

GABRIEL DESHAIES, M^{lle} COLETTE MORLON et M^{me} CHANTAL RIVAILLE

I. — PRÉAMBULE

De quelque manière que l'on aborde les malades mentaux chroniques et que l'on prétende parler de leur devenir et de leur traitement, on soulève la plupart des grands problèmes doctrinaux et pratiques de la psychiatrie. Sous-jacents, parfois effleurés à peine, nous ne saurions en traiter dans cet article, dont le titre, apparemment déjà trop ambitieux, recouvre de plus modestes intentions. Peut-être même regretterions-nous d'écrire des choses trop simples, s'il ne nous paraissait plus encore regrettable qu'il soit besoin de les dire.

Les circonstances nous ayant fait hériter un service remarquable par sa richesse en malades chroniques et sa pauvreté en applications thérapeutiques, nous avons cru instructif d'étudier et de comparer les résultats spontanés de l'évolution morbide naturelle, et les résultats obtenus par les divers traitements que nous avons pu instituer depuis plus d'un an et demi.

L'étude des malades et des dossiers nous permet de retenir 530 cas, répartis en deux groupes : un groupe de 350 cas, non traités, portant sur la période 1949-1954 ; et un groupe de 180 cas, traités. Il s'agit exclusivement de femmes, placées sous le régime de l'internement, d'origines variées, de milieu citadin à prédominance catholique, mais avec une forte et inhabituelle proportion d'israélites, de niveau souvent supérieur à la moyenne.

Nous n'avons pas manqué d'être aux prises avec les difficultés de diagnostic actuel et rétrospectif, et avec les sables mouvants de la nosologie. Qu'il nous suffise de rappeler les études critiques de Henri Ey, clastiques de Maurice Leconte, par exemple. Sans reprendre la discussion, constatons qu'une certaine classification nosologique demeure indispensable, qu'elle reste possible sans se

figer en entités étrangères aux faits. N'est-il pas significatif que dans ce magma de « fins de carrière » puissent encore s'analyser des formes psychopathiques distinctes ? Schizophrénie, au sens étroit, non bleulérien, délires chroniques aux structures paranoïaque, paranoïde, paraphrénique, dysthymies, démences, déséquilibre, névroses, etc..., constituent un cadre cliniquement valable, dont nous voyons mal comment nous aurions pu nous passer dans le présent travail.

Cela posé quant aux variétés de psychopathies, reste à définir ce que nous entendons par leur chronicité et leur guérison.

II. — CHRONICITÉ ET GUÉRISON

Ces notions sont d'un usage trop courant pour n'être pas quelque peu confuses. Aussi convient-il de ne pas en esquiver les difficultés.

A) La notion de « durée » se réfère ici à une idée empirique, à une situation pratique : être malade, indisponible, gêné plus ou moins longtemps.

Une migraine de trois heures, une bronchite de quinze jours, une tuberculose de cinq ans, une arthrose de vingt ans de durée, possèdent des valeurs biologiques et psychologiques, entraînent des conséquences sociales bien différentes. Si la durée du processus pathologique se trouve évidemment liée à celle de l'organisme en cause, elle n'en varie pas moins selon l'âge de cet organisme (mûr, nourrisson, enfant, adulte, vieillard), selon le système fonctionnel intéressé, selon la nature et l'étiologie du processus morbide. Il serait intéressant d'en reprendre l'étude sous cet angle. Bornons-nous au domaine de la psychiatrie clinique.

Élément fondamental d'appréciation, la durée ne suffit pourtant pas à définir avec rigueur le processus, comme un règlement administratif fixe un horaire ou un congé. Elle s'inscrit dans une structure séméiologique dont nous tenons nécessairement compte d'une manière intuitive et analytique. Cela explique en partie les variétés de l'appréciation suivant les formes morbides, les cas individuels... et les auteurs. Quatre termes, et quatre étapes (dont trois très traditionnels), paraissent pouvoir être assez bien définis, si l'on a quelque souci de comparaisons valables.

1° Le caractère *aigu*. Il implique une qualité intensive. Début rapide ou explosif. Symptômes, nombreux ou non, mais pleinement expressifs et développés. Evolution courte. La « pointe » de l'aigu suppose une action vive, un bouleversement, une marche rapide vers un état différent.

Bien que, d'une façon générale, le « temps psychiatrique » paraisse devoir être plus long que le temps médical ordinaire, bien que l'habitude ait été prise de dire aiguës les psychoses qui n'ont pas coutume de devenir chroniques, sans préciser davantage, il semble utile de limiter ce caractère à quelques jours ou quelques semaines, suivant le processus envisagé.

2° *Subaigu* est un caractère qui mérite emploi. La pointe de l'aigu s'émousse et se courbe, les symptômes deviennent moins intensifs et plus extensifs, souvent en se diversifiant, l'évolution se prolonge. Le processus, toujours en marche, s'autorise quelques campements. Cela dure quelques semaines, quelques mois. Faut-il préciser davantage ?

La question devient délicate, car elle porte sur le passage à la chronicité, étape qui n'occupe pas le même moment de la durée pour tous les processus psychopathiques. On peut admettre la limite d'un an, si l'on veut bien tenir compte des considérations ci-dessous.

3° Si plus d'un an d'évolution est beaucoup pour une manie, une mélancolie, une psychose puerpérale, cela est peu pour une schizophrénie, une psychose paranoïaque, une névrose obsessionnelle. A cette étape, la chronicité souvent évoquée reste souvent incertaine. Au lieu de la dichotomie trop tranchée ou de l'alternative trop catégorique aigu-chronique, mieux valent des notions plus nuancées. L'aigu déjà s'est atténué en subaigu. Presque symétriquement, le chronique pourrait être annoncé par le *sub-chronique*, antichambre de la chronicité, qui conserverait une porte entr'ouverte vers la guérison. La période correspondante s'étendrait d'un à trois ans.

4° Le caractère *chronique* ne saurait plus être contestable ni contesté à partir de trois ans d'évolution. Alors s'affirme structurellement l'installation du processus pathologique. La personnalité et le *modus vivendi* du malade s'organisent en fonction de la maladie, c'est le trait fondamental de la chronicité. Il y a permanence d'une structure pathologique, compatible éventuellement avec des phases de rémission.

Rappelons d'autres critères, relatifs autant que classiques : amélioration physique sans changement mental, automatisation (phénomènes incoercibles, stéréotypies, néologismes), réduction des intérêts et de l'activité pratique, etc... Qualité extensive au lieu d'intensive. L'atténuation et la « pesanteur » de la symptomatologie n'empêchent évidemment pas de se manifester des épisodes aigus ou subaigus, qualifiables comme tels sans aucune

équivoque. La chronicité n'implique d'aucune manière tel ou tel type évolutif. Ce serait une erreur que de la confondre, comme certains s'y emploient, avec la stabilisation ou l'aggravation de la maladie.

La chronicité n'a d'autre limite que celle de la vie du malade. Le jugement n'en doit pas être escamoté, mais au contraire lucidement porté. D'importantes conséquences en résultent pour le malade, pour la famille aussi.

Le halo funeste qui entoure ce terme peut être partiellement dissipé. Chronicité n'est pas synonyme d'*incurabilité*. Des maladies incurables sont aiguës ou subaiguës (la rage avant la vaccination, la méningite tuberculeuse avant les antibiotiques) ; des maladies chroniques sont curables (tuberculose, syphilis, certains cancers). Quand E. Régis écrivait : « La distinction des psychoses en aiguës et chroniques est des plus importantes, car les premières seules sont curables » (47), il commettait une erreur pas uniquement préjudiciable à la langue et à la logique. Certes, en psychiatrie, un rapport étroit lie chronicité et incurabilité, mais les deux notions doivent demeurer très distinctes. Le risque d'incurabilité croît avec le temps ; la probabilité d'incurabilité s'avère très grande au-delà de cinq ans (Régis disait quatre ans). Toutefois la possibilité très rare de guérison subsiste après dix, vingt ans d'évolution. D'autre part, les progrès thérapeutiques accomplis dans ces vingt dernières années rendent un peu moins sombre la perspective de la chronicité. On tend moins à fabriquer de vrais et faux chroniques.

B) Il n'est pas qu'une manière d'être chronique. Le processus peut évoluer de trois façons différentes : 1° Vers la *stabilisation* à un certain niveau, avec organisation de la pensée et de la conduite, sous une forme particulière. 2° L'*aggravation* avec déchéance psychique et désadaptation progressives. 3° L'*amélioration*, plus ou moins importante, globale ou partielle, à considérer spécialement pour notre propos.

L'amélioration peut consister en une *régression* du processus morbide avec récupération corrélatrice des capacités psychiques et adaptatives, comportant plusieurs degrés. Elle peut se borner à l'atténuation des manifestations pathologiques par *affaiblissement* de l'activité mentale dû à l'évolution morbide elle-même, aspect négatif, amélioration par défaut, très différente de l'amélioration positive dont nous venons de parler. Pareillement quant à la fausse amélioration, apparence trompeuse résultant d'un *affaiblissement* global sénile, la démence éteignant le délire. Enfin

des améliorations *partielles* ou symptomatiques portent sur des traits d'humeur et de comportement (gâtisme, refus d'aliments, opposition, agitation), sans que le malade soit globalement modifié.

L'appréciation de ces divers états varie d'un cas à l'autre, voire d'un auteur à l'autre. C'est l'une des difficultés majeures de la comparaison des résultats publiés. Notons en passant que l'on parle souvent de « rémission » plutôt que d'amélioration ; cela importe peu tant que l'on ne qualifie pas la rémission de « complète ». En effet, rémission, en terminologie médicale, signifie atténuation de la maladie avec persistance de celle-ci. Ou rémission complète veut dire le maximum d'amélioration possible avec la persistance d'un processus torpide ; ou elle indique la disparition de ce dernier, et il faut alors parler de guérison.

L'amélioration est à deux dimensions, au moins : le degré et la durée. Avec la majorité des auteurs, nous distinguerons trois degrés : 1° L'amélioration *légère*, de caractère partiel ou symptomatique ; ou plus étendue, mais superficielle, ne permettant qu'une réadaptation parcellaire et intra-hospitalière. 2° l'amélioration *moyenne*, définie par la reprise d'un contact valable avec l'entourage, la disparition de certains symptômes, l'atténuation ou l'enkystement des autres, le retour d'une certaine activité pratique, la possibilité de réadaptation familiale. 3° La *grande* amélioration, avec régression presque complète du processus morbide, ou contrôle vigilant et efficace, réadaptation sociale, possibilité d'activité professionnelle à peu près normale. Nous voici sur le chemin de la guérison.

Par rapport à la durée, on peut convenir de quatre temps : 1° l'amélioration *fugace*, quelques heures, trois ou quatre jours ; 2° l'amélioration *transitoire*, quelques semaines, ne dépassant pas un mois ; 3° l'amélioration *courte*, de un à six mois ; 4° l'amélioration *durable*, au-delà de six mois. Bien entendu, ces caractères se combinent aux précédents d'une manière variable, telle grande amélioration pouvant être fugace, telle amélioration légère durable.

C) La *guérison* appelle quelques remarques. D'abord sur la manière de guérir.

La meilleure se produit par *disparition* du processus, restitution de la personnalité et de l'activité normales de l'individu. Guérison effective et efficace.

Une deuxième modalité se réalise par *épuisement*, non du processus, mais du malade ; soit à cause d'une affection organique

grave, soit à cause du vieillissement et surtout de la sénilisation. Le moribond parfois se défroque de son délire ; le fou devenu dément perd sa folie. Le malade ruiné devient incapable de soutenir les frais de sa psychose. Il se trouve « guéri », comme un aveugle peut l'être de sa myopie. Guérison inefficace.

Une troisième modalité de guérison s'effectue par *rupture d'univers*. Cela se réfère à des cas particuliers, assez rares, assez spectaculaires. Le malade, enchaîné par ses routines pathologiques, cristallisé dans un monde qui fut sa « passion », continue de vivre dans son univers morbide longtemps après qu'eût disparu le processus qui l'avait créé et nourri. Que survienne un événement incongru, un choc quelconque, et le cristal se dissout, l'univers morbide se disloque. Le malade se réveille, étonné, dans l'univers réel. Sans doute les milieux asilaires d'ancienne et fâcheuse formule ont-ils jalousement conservé jusqu'à leur mort un certain nombre de malades de ce genre. D'ailleurs, chez beaucoup de nos chroniques existe une part de persévération, faite sans doute d'habitudes malades et d'habitudes du personnel, pour lesquels nous éviterons d'invoquer naïvement les réflexes conditionnés pawloviens.

Considérons maintenant la qualité de la guérison. *Grosso modo*, deux types sont à distinguer.

Le premier type se caractérise par une guérison avec *restitutio ad integrum*. Le sujet retrouve sa personnalité, ses capacités psychiques antérieures, sous réserve des modifications apportées par le vieillissement subi pendant la durée de la maladie. Cette guérison si désirable se rencontre avec quelque rareté chez les chroniques.

Le second type se réfère à la guérison avec *séquelles*. Les formes en sont multiples qui mériteraient une étude approfondie. Si tel paralytique général traité et guéri redeviendra le haut magistrat ou le grand industriel qu'il était, tel autre ne pourra plus exercer que les fonctions de manutentionnaire ou de veilleur de nuit. L'un et l'autre seront guéris, mais l'un aura subi une détérioration non négligeable, une dévalorisation patente.

Certains de nos chroniques ne sont plus, à proprement parler, des malades, mais des *infirmes mentaux* ; s'ils sont incurables, c'est dans la mesure où l'on ne peut rectifier ni compenser leur infirmité. Tel vieux schizophrène, placide, propre, amène, ne délire plus, n'a plus de réactions désadaptées, témoigne d'un bon contact, d'intérêt pour certaines activités mineures ; il n'est plus schizophrène ; au fond, il est guéri. Mais il se révèle très affaibli,

très diminué dans ses capacités intellectuelles, affectives et volitives ; on le prendrait pour un vieil arriéré. Un autre malade remue un fatras paranoïde stéréotypé, vidé de toute charge émotionnelle et affective ; c'est un dément vésanique, eussent dit les anciens auteurs, chez lequel sont définitivement achevés la psychose et le drame de la personnalité. Etc... En général, la détérioration paraît globale, elle dégrade, rétrécit ou abolit la personnalité, elle entraîne un abaissement plus ou moins grave du niveau réadaptatif. Guérir de cette manière revient souvent à tomber de Charybde en Scylla.

Sans doute y aurait-il intérêt à reconnaître parmi nos chroniques ceux qui sont devenus infirmes, afin de leur appliquer des méthodes plus psycho-pédagogiques que médicales, afin de reconsidérer leur situation, parfois accommodable aussi bien ou mieux d'un placement en hospice ou dans leur famille. Mais les critères restent assez douteux et tardifs. Il y aurait danger à abuser de la notion d'infirmité mentale et à quitter trop tôt l'attitude médicale active. Dans le doute, mieux vaut traiter inutilement un infirme que d'abandonner un malade. L'exemple de la démence sénile montre que le processus désagréatif demeure une maladie tant que la désagrégation n'est pas parfaite, ce qui nous conduit encore assez loin.

Cela dit, admettons comme critères approximatifs : d'une part, la stabilisation de l'état mental et du comportement, la disparition complète et définitive de tout remaniement psychopathologique, de tous phénomènes aigus ou subaigus, autrement dit l'anéantissement des phénomènes positifs et de la charge de vie du processus. D'autre part, une structure déficitaire, plus ou moins profonde, statique, avec automatisations et activités routinières plus ou moins marquées. Le malade ne vit plus sa maladie, s'il en porte encore longtemps le cadavre en lui.

III. — L'ÉVOLUTION PSYCHOPATHIQUE SPONTANÉE

Abandonnées à leur cours naturel, les psychopathies chroniques évoluent en plusieurs années vers différents états, dont nous tâcherons d'indiquer grossièrement la fréquence respective, en nous appuyant sur une statistique de 350 malades non traitées, ou peu traitées au début de leur maladie.

Précisons d'abord l'âge de nos malades en fin d'observation : moins de 30 ans, 6 % ; 30 à 39 ans, 16 % ; 50 à 69 ans, 45 % ; 70 à 80 ans, 25 % ; plus de 80 ans, 8 %. Soit 78 % au-delà de

50 ans, 33 % au-delà de 70 ans. Ce sont donc surtout de vieilles malades et des malades vieilles.

Ces malades comprennent *nosologiquement* : 80 schizophrènes, 157 délirantes chroniques, 20 manico-dépressives, 5 déséquilibrées, 14 arriérées, 1 démente post-traumatique, 16 démentes artériopathiques, 5 paralytiques générales, 48 démentes séniles.

Considérons d'abord la *schizophrénie* (80 cas). La *durée* de la maladie était de 3 à 5 ans, dans 3 % des cas ; 5 à 9 ans, dans 15 % ; 10 à 19 ans, dans 20 % ; 20 à 29 ans, dans 35 % ; 30 à 39 ans, dans 17 % ; plus de 40 ans, dans 10 % des cas. Ainsi, l'évolution s'étend sur plus de 20 ans dans 62 % des cas.

Que fut cette évolution ? Nous ne chercherons pas à distinguer ici les formes continues ou discontinues, catatoniques ou paranoïdes, etc... Nous nous contenterons d'une vue cavalière sur la ligne générale de l'évolution. En gros, il y eut 2,5 % de guérison, 5 % d'amélioration légère, 4,5 % d'enkystement, 13 % de stabilisation, 75 % d'aggravation. Dans l'ensemble, 10 % d'évolution plus ou moins favorable, 90 % d'évolution fâcheuse. Encore faut-il examiner d'un peu plus près nos deux remarquables cas de guérison spontanée.

OBSERVATION 1. — Lœtitia fut atteinte vers 28 ans de troubles mentaux diagnostiqués schizophrénie. Opposition, mutisme, stéréotypies furent longtemps notés.

Après huit ans d'évolution et d'internement, la malade s'améliora spontanément. Elle reprit contact avec le milieu, travailla à diverses tâches, montra un comportement normal et, en définitive, accomplit une réadaptation sociale satisfaisante.

L'examen ne révèle aucun délire, aucun symptôme dissociatif. En revanche, il montre un état déficitaire : asthénie, impossibilité d'effort intellectuel chez cette ancienne institutrice qui parcourt tous les jours consciencieusement son journal sans lire les articles, qui s'astreint à entendre la T.S.F. sans l'écouter. Puérilité, passivité, affectivité réduite. La moindre difficulté du quotidien devient dramatique pour Lœtitia. Fixée à un chat, soumise à ses vieux parents, elle a doucement vieilli dans le gris refuge asilaire. Elle a la cinquantaine. Ses parents n'ont jamais voulu la reprendre.

Admettons la schizophrénie. Admettons la guérison, mais avec séquelles notables.

OBSERVATION 2. — Charlotte B... souffrit à 35 ans d'un syndrome dépressif. Traitée par électrochocs, guérie, elle retomba quelques mois

plus tard, sous une forme non plus simplement dépressive, mais confusionnelle. Stupeur, puis catatonie. Elle demeura telle quelle dans le service ; on prit soin de n'y point toucher. Vers sa cinquième année d'internement, un jour, on s'aperçut qu'elle était lucide et capable de travailler. Depuis plus d'un an, elle témoigne d'un comportement normal. Peu d'élan, routine asilaire, caractère orgueilleux et parfois difficile, sont les seuls traits notables. Les conditions sociales n'ont pas encore permis la sortie de cette malade.

Le diagnostic de schizophrénie antérieurement porté est réfutable. A notre sens, il s'agit d'un syndrome confuso-dépressif avec évolution stuporeuse et catatonique, devenue subchronique faute de traitement. La persévération et l'enkystement asilaire ont fait le reste. Nous n'avons plus qu'à rectifier « l'erreur ».

Les améliorations ont consisté surtout en la réduction de l'impulsivité, de l'opposition, des expressions délirantes, avec parfois le retour d'une certaine activité pratique, impliquant une adaptation intra-hospitalière. Après 10 ans, 20 ans d'évolution, les choses en sont restées là. L'enkystement à forme déficitaire peut être porté au compte des améliorations. Mais tout le reste s'est aggravé dans un sens démentiel ou délirant paranoïde sans que nous trouvions de différences significatives entre les formes schizophréniques paranoïdes et hébéphréno-catatoniques, ni même entre les formes continues et les formes cycliques aux rémissions courtes aboutissant plus ou moins vite au même état terminal. Parfois la schizophrénie disparaît dans la démence sénile.

Retenons : 1,2 % de guérison, 9 % d'amélioration légère ou d'enkystement, 90 % d'aggravation délirante ou démentielle. Résultat très sombre, beaucoup plus que les conclusions de nombreux auteurs. Cela tient au fait que nos schizophrènes sont vraiment atteintes de schizophrénie et qu'elles ont amplement prouvé leur chronicité. Notre statistique porte sans doute sur les cas les plus graves : plus de cinq ans d'évolution. Elle n'en offre pas moins d'intérêt en mettant l'accent sur la gravité du pronostic, notion qui n'a rien de révolutionnaire.

Nous renvoyons à la claire et judicieuse mise au point de P. Barrès, H. Ey et J. Laboucarié qui, tout en insistant sur la précarité des comparaisons et les difficultés inhérentes au problème même de la schizophrénie, admettent des rémissions d'intérêt pratique dans 15 à 20 % des cas. Ils n'en citent pas moins certains auteurs qui n'ont constaté que 10 % de guérison après 18 mois d'évolution (Hunt), 2,9 % après deux ans (Rupp et Fletcher).

Si H. Baruk et M. L. Zaphiropoulos ont trouvé 26 % de guérison et 17 % de rémission dans la démence précoce, sous l'effet d'une absence de traitement, d'un traitement « hygiénique », ou hypothétiquement étiologique, il convient de voir dans la thèse de ce dernier ce que les auteurs entendent par là.

Trouver une étiologie précise et simple à 157 cas de démence précoce sur 187, soit dans 84 % des cas, nous paraît plus admirable que probant, — surtout quand on y rencontre de vagues troubles hépato-intestinaux dépourvus même de colibacillose, le surmenage, l'alcoolisme, l'hérédosyphilis, le rhumatisme articulaire aigu, l'appendicite, les réactions d'intolérance, les toxi-infections indéterminées, etc...

Il n'en reste pas moins 50 cas de guérison. Mais la durée de la maladie n'est que de trois mois à un an dans 18 cas (subaigus) ; de 1 à 3 ans dans 14 cas (subchroniques) ; 8 cas seulement sont chroniques et s'échelonnent de 5 à 16 ans. (Le tableau ne comprend que 40 cas, au lieu des 50 annoncés). Il nous semble difficile — ou par trop facile — de porter le diagnostic de démence précoce sur une affection qui n'a duré que trois ou six mois et s'est terminée par la guérison. Nous ne parlons sans doute pas de la même chose.

En effet, sur les 12 observations de guérison relatées par Zaphiropoulos, nous relevons, autant que nous en puissions juger, 3 syndromes confuso-oniriques aigus ou subaigus, avec ou sans catatonie, 2 bouffées délirantes probables, un syndrome périodique d'aspect thymique, ayant eu, en 3 ans, 4 rechutes de 1 à 6 mois, et 5 sorties de 1 à 6 mois (la 5^e aurait duré 4 ans, le malade étant mort), une mélancolie chronique (guérison brusque au bout de 16 ans), une névrose obsessionnelle probable, un syndrome mal défini avec phase catatonique suivie d'un délire interprétatif, semble-t-il, mal réduit ; il y a aussi 3 syndromes d'aspect hébéphrénique (deux d'une durée de 6 mois, un de presque 3 ans). Si l'on suppose que ces 12 observations furent choisies pour leur valeur démonstrative, on ne sait plus trop comment utiliser les données statistiques du travail. A ne retenir que les guérisons de cas chroniques, nous aboutirions à une proportion de 5 ou 6 %. Encore ne saurions-nous pas de quelle guérison il s'agit (avec ou sans séquelles).

Cela illustre bien les erreurs de ce genre d'études, dont la nôtre, sans doute, n'est pas entièrement exempte.

A cet égard, les *délires chroniques* valent bien la schizophrénie.

La durée d'évolution des 142 cas se répartit ainsi : 10 % de 5 à 9 ans ; 34 % de 10 à 19 ans ; 42 % de 20 à 29 ans ; 11 % de 30 à 39 ans ; 3 % au-delà de 40 ans (jusqu'à 57 ans !). Plus de 20 ans de durée dans 56 % des cas.

Résultats : 0,7 % de guérison, 0,7 % de grande amélioration, 14 % d'amélioration moyenne, 4 % d'amélioration légère, 10 % d'enkystement, 58 % de stabilisation avec persistance de l'activité délirante, 25 % d'aggravation avec accentuation ou transformation paranoïde (« démence vésanique »). Le quart des cas se sont achevés dans la démence sénile. Notons que la sénilisation atteignit 40 % des cas d'enkystement. Il serait intéressant de préciser davantage les rapports et la fréquence respective de la démence sénile avec les autres psychopathies. En gros, moins de 1 % de guérison, 16 % d'amélioration ou d'enkystement, 83 % de stabilisation ou d'aggravation.

Existe-t-il quelques différences selon la structure psychopathique ? Dans la *psychose hallucinatoire chronique* (112 cas), pas de guérison, 5 % d'amélioration légère, 10 % d'enkystement, 56 % d'état stationnaire, 29 % d'aggravation. Dans la structure *paranoïaque*, même pourcentage d'amélioration que dans la structure paranoïde, mais un peu plus d'enkystement (13 % au lieu de 10 %) ; surtout, conservation bien meilleure de l'activité délirante (71 % contre 38 %). Corrélativement, aggravation beaucoup plus fréquente dans la structure paranoïde (47 % au lieu de 12 %). Sénilisation équivalente dans les deux structures, ce qui tendrait à montrer qu'elle ne dépend guère de celles-ci, mais beaucoup plutôt de la modalité générale du vieillissement organique.

OBSERVATION 3. — Citons un assez beau cas de longévité délirante chez cette vieille dame enroulée dans des dentelles noires, de bonne tenue, quoique aveugle et bossue. Ni sourde, ni muette, ni démente, elle nous confia discrètement, en chevrotant un peu, son âge — 90 ans — et ses malheurs sempiternels : délire de persécution systématisé, avec longue chronologie cohérente et exacte, phénomènes hallucinatoires persistants, conviction et activité délirantes fermes, sthénie contrastant avec l'aspect physique décati.

La psychose, de structure paranoïaque, avait débuté 57 ans plus tôt ; la malade était internée dans le service depuis 51 ans. Un certificat de A. Ritti, en 1903, garantit le « délire de persécution avec interprétations délirantes, hallucinations de l'ouïe ». Les douches administrées à la malade n'ayant pas donné les résultats espérés, aucun traitement ne fut entrepris les 50 années suivantes. Six mois après que nous en

eussions fait connaissance, la vieille dame et son vieux délire disparurent ensemble (1).

Une quinzaine de *paraphrénies*, à type surtout expansif, ont montré la permanence de l'activité délirante. Aggravation importante dans deux cas ; amélioration légère dans un cas, après 7 ans d'évolution, par régulation de l'humeur, atténuation du délire, ayant permis une sortie (malade âgée de 50 ans. Mais plus de nouvelles après le départ).

Les psychoses *paranoïaques* proprement dites (délires interprétatifs, imaginatifs), représentées par une vingtaine de cas, ne permettent aucune ambition statistique. Relevons cependant une guérison, une grande amélioration, une amélioration moyenne, une amélioration légère (durables), soit 20 % (?) d'évolution spontanée favorable. Mais nous avons traité trois de ces cas, dont nous discuterons au paragraphe suivant. Parlons seulement du dernier cas.

OBSERVATION 4. — Il s'agit d'une Russe, normalement, si l'on peut dire, déséquilibrée. A 48 ans, elle développa une psychose paranoïaque à thème persécutif. Au début, phénomènes oniroïdes et hallucinatoires, puis organisation d'un délire de persécution interprétatif et extensif. La seule thérapeutique fut l'internement.

Après quatre ou cinq ans, le délire évolua vers un enkystement permettant un contrôle conscient et volontaire de la part de la malade qui, non sans intelligence, sut s'adapter à l'existence asilaire, et se créer sa propre ergothérapie sous l'espèce artistique d'une activité picturale.

Bonne adaptation, activité apparemment normale. Mais Mme A... se fait appeler Mme C..., se montre très réticente, susceptible, orgueilleuse, fournit un effort permanent et méritoire de contenance, demeure au fond une délirante interprétante et imaginative. Nous en avons eu la preuve après avoir gagné sa confiance, ce qui demanda du temps.

Nous n'avons pas manqué de l'insérer davantage en lui confiant la responsabilité péda-go-thérapeutique d'un « atelier de peinture » pour certaines malades. Elle s'en acquitte bien et témoigne même d'un certain « sens clinique ». Elle accepte notre tutelle, mais seulement la nôtre. Ce genre de psychothérapie lui a été très profitable : elle a maintenant confiance, n'éprouve plus d'inquiétude comme autrefois, a une socialisation de meilleur aloi. Notre psychothérapie n'aurait pu s'exercer sans l'amélioration préalable, spontanée, que l'on peut qualifier de moyenne, voire de grande, et de durable.

(1) Le cas publié par X. Abély atteignait 60 ans d'évolution. Quand on attend une guérison spontanée, on a le droit de s'impatience.

Cette malade en est pourtant à la dixième année d'internement. Sans attaches, elle ne désire pas sortir et ne pourrait sans doute pas fournir un travail professionnel régulier, d'autant plus qu'elle n'accepterait pas des tâches manuelles ou trop subordonnées. C'est une « réfugiée » à tous points de vue.

OBSERVATION 5. — Contrairement au cas précédent, Mme D..., par exemple, âgée de 84 ans, délire avec une conviction obstinée depuis 26 ans. Pleine de dignité bourgeoise, trop souvent, hélas ! outragée, et de sthénie revendicatrice, très lucide, non affaiblie, elle continue d'être persécutée (thème politique), interprétante, paranoïaque, avec des réactions émotionnelles et affectives vives et adaptées, soit à sa situation réelle, soit à son délire.

Ici, la psychothérapie est impuissante. Elle se borne à éviter ou à diminuer, dans la mesure du possible, les réactions morbides de la malade. Cette dernière refuse les médicaments ; nous lui en avons fait grâce, ainsi que de l'électrochothérapie, car il nous parut inutile de toucher à cette pièce de musée.

La chronicité des *troubles thymiques* n'est pas garantie par la longueur de l'internement. A nous en tenir à ce critère, nous aurions deux guérisons spontanées sur 20 cas. Or, l'une se rapporte à une malade atteinte de psychose maniaque-dépressive, et internée de 63 à 69 ans. Elle avait présenté plusieurs accès excitatifs avec guérisons intercalaires. Elle était guérie depuis un an lorsque nous l'avons sortie. Malgré son âge, elle a pu se réadapter à une existence active et travailler. Il ne s'agissait pas de manie chronique. L'autre concerne une maniaque-dépressive âgée de 67 ans, malade depuis 7 ans, internée depuis 6 ans, demeurée hypomane après quelques accès aigus. Chronique certes, elle guérit un jour, à l'occasion d'une intervention chirurgicale. Cette guérison n'est donc pas vraiment ou entièrement spontanée.

Restent cinq aggravations pour des durées de 5 à 12 ans, huit sénilisations de maniaques et surtout de mélancoliques chroniques, avec une évolution de 5 à 15 ans. Un enkystement asilaire depuis 24 ans, chez une femme de 74 ans, ancienne périodique à prédominance dépressive, ayant une dépression résiduelle avec tendances obsessionnelles, et un léger affaiblissement intellectuel. Deux cyclothymes continuent leurs variations depuis 10 et 20 ans, avec, dans ce dernier cas, atténuation et enkystement. On a souvent l'impression d'un état déficitaire.

Quelques *névroses obsessionnelles* (aggravées ou stationnaires, datant de 5 ans, 22 ans, 40 ans...) seront simplement notées, ainsi que quelques déséquilibres plus ou moins graves.

L'*arriération* mentale (13 cas), surtout la débilité avec troubles de l'humeur et du caractère, reste spontanément égale à elle-même, ce qui ne surprendra personne. La notion de « débilité mentale évolutive » soutenue par certains auteurs nous paraît contradictoire dans les termes et devoir correspondre à un processus évoluant sur un fond de débilité.

Terminons en beauté par les *démences*. Cinq cas de *paralysie générale*, traitées au début, ont évolué deux fois vers un déficit global stabilisé, trois fois vers un état délirant paranoïde, avec aggravation dementielle.

Les *démences artériopathiques*, sauf une, stationnaire, se sont toutes plus ou moins aggravées au cours d'une évolution de 4 à 12 ans.

Quant à nos *démentes séniles*, elles ont suivi le cours naturel des choses en se désagrégeant progressivement jusqu'à la mort. Certaines n'ont duré que deux ou trois ans, d'autres huit ou dix ans. Bien que nous disposions de 50 cas, nous ne préciserons pas davantage, car, le plus souvent, il ne nous a pas été possible d'établir rétrospectivement la date du début de la démence sénile, d'ailleurs délicat à apprécier. Chronique par définition, la démence sénile parfois évolue rapidement, ou suspend presque son évolution à certains stades. Dans quatre cas se manifesta un syndrome parkinsonien sénile.

Un coup d'œil d'ensemble sur ces psychopathies chroniques justifie malheureusement un *pronostic* sombre. S'il y a de bonnes surprises, elles s'avèrent exceptionnelles. On ne peut guère espérer plus qu'une amélioration légère ou un enkystement dans 10 % des schizophrénies, 15 % des délires chroniques, après cinq ans d'évolution. Presque le quart des malades terminent leur carrière dans la démence sénile.

Le pronostic intellectuel s'affirme nettement meilleur dans les psychoses de structure paranoïaque, hallucinatoires ou non ; et mieux encore en l'absence de phénomènes d'automatisme mental, cas où la régression du délire paraît moins difficile et le rétablissement du contrôle plus aisé. Contrairement à ce que l'on aurait pu croire, les troubles thymiques chroniques persistent longtemps et aboutissent en général à un état déficitaire.

En première approximation, 90 % de ces malades chroniques apparaissent comme incurables. Serait-ce à dire qu'il fallût les abandonner et revenir aux seules consignes des anciennes garderies asilaires ? Certainement pas. L'exposé des résultats thérapeutiques va nous le prouver.

IV. — L'EFFICACITÉ THÉRAPEUTIQUE

Un groupe de 180 malades chroniques, traités par diverses méthodes, nous permettra d'intéressantes comparaisons.

En premier lieu, l'âge des malades : 12 % de moins de 30 ans ; 39 % de 30 à 49 ans ; 42 % de 50 à 69 ans ; 7 % de 70 à 80 ans. Soit la moitié âgées de plus de 50 ans. Dans l'ensemble, les malades traitées sont donc plus jeunes que les malades non traitées, dont 78 % dépassaient 50 ans. Mais ceci dépend du faible pourcentage de malades âgées de plus de 70 ans chez les traitées (7 % au lieu de 33 %). Même pourcentage de 50 à 69 ans. Ce décalage résulte surtout du fait que nous avons traité fort peu de ténements séniles et que nous avons commencé à soigner plutôt les malades moins âgées, dont l'espérance théorique d'une amélioration était plus grande. Plus que l'âge, importe la durée de l'évolution morbide.

Au point de vue nosologique ont été traités : 76 schizophrénies, 57 délires chroniques, 23 états maniaques ou mélancoliques, 8 névroses, 2 déséquilibres, 3 épilepsies, 4 démences artériopathiques, 6 démences séniles, une arriération.

La *schizophrénie* évoluait depuis 3 à 5 ans chez 4 % des malades ; de 5 à 9 ans chez 32 % ; de 10 à 19 ans chez 36 % ; de 20 à 29 ans chez 24 % ; de 30 à 39 ans chez 4 %. L'évolution est donc inférieure à 10 ans dans 36 % des cas traités, au lieu de 18 % dans le groupe non traité. Mais entre 10 et 29 ans, le pourcentage est même un peu supérieur dans le groupe traité (60 % contre 55 %). Le choix ne saurait être tenu pour tendancieux à cet égard.

Les résultats globaux se traduisent par : 1,5 % de guérison, 1,5 % de grande amélioration, 12 % d'amélioration moyenne, 56 % d'amélioration légère, 29 % d'échecs complets. Il y eut 24 % d'amélioration durable, 61 % d'amélioration courte, 15 % d'amélioration transitoire. Les améliorations fugaces ont été portées au compte des échecs. Si l'on isole les améliorations légères, on les trouve durables dans 15 % des cas, courtes dans 70 %, transitoires dans 15 % ; ce qui tendrait à prouver que, lorsqu'elles sont obtenues, les grandes améliorations et les améliorations moyennes sont plus stables que les légères, remarque déjà formulée par P. Cossa et H. Bougeant. On peut aussi soupçonner la mise en œuvre de traitements plus complets et plus énergiques.

La guérison concerne un cas évoluant depuis moins de 5 ans. La grande amélioration intéresse une schizophrénie datant de 5 ans. Les améliorations moyennes portent sur des cas échelonnés

de 3 à 21 ans, le peloton se situant autour de 7 à 8 ans. Les résultats obtenus tiennent depuis 5 mois jusqu'à un an. Quatre sorties définitives ont été réalisées, deux autres auraient dû l'être si les conditions extérieures avaient été plus favorables. Soit 15 % de résultats très intéressants, au moins chez les malades dont l'évolution ne dépasse guère dix ans.

Faudrait-il faire fi des améliorations légères ? Certes non. D'abord parce que nous en avons tenu compte dans le groupe des malades non traitées. Ensuite et surtout parce que ces améliorations si légères, partielles ou transitoires fussent-elles, offrent un réel intérêt psychologique et pratique comme nous le verrons plus loin. Que 56 % des malades en eussent bénéficié, cela nous paraît digne de remarque, surtout si l'on considère la durée de la maladie. Si 16 cas évoluaient depuis moins de 10 ans, 15 évoluaient depuis 10 à 19 ans, 9 de 20 à 29 ans, 2 de 30 à 39 ans. Sauf trois ou quatre cas, les échecs totaux concernent une maladie de plus de 10 ans.

Le rapport inverse entre la fréquence et la valeur des résultats d'une part, et la durée de la maladie d'autre part, est à la fois classique et logique. La règle en demeure pourtant approximative. Par exemple, nous constatons un échec total après 7 ans d'évolution, une amélioration moyenne après 21 ans, une amélioration légère après 30 ans. Ces « discordances » n'illustrent pas un privilège de la schizophrénie ; elles témoignent d'une connaissance insuffisante de l'état psycho-organique propre à chaque malade et de ses capacités résiduelles.

Y aurait-il une différence pronostique selon la forme hébéphrénocatatonique ou schizophréno-paranoïde ? 70 % d'amélioration (dont 10 % de grande et moyenne) dans la première, contre 84 % (dont 21 % de grande et moyenne) dans la deuxième, ne justifient pas une conclusion catégorique, en raison de la petitesse de la statistique et de la relativité des critères distinctifs. Cela s'accorde cependant avec la notion de gravité et d'irréductibilité plus grandes des formes hébéphréniques et très dissociées, comme le disent P. Barrès, H. Ey et J. Laboucarié.

OBSERVATION 6. — Jeanne O..., 28 ans, atteinte de démence précoce vers 19 ans. Maigre, pâle, à demi-chauve, gâteuse, l'œil aigu et mauvais, la bouche tordue par un rictus, vociférant des paroles incohérentes, des injures, des menaces, lançant des coups de pied, cherchant à déchirer, griffer, mordre, Jeanne était d'ordinaire solidement attachée à son lit et le demeurait quand on l'alimentait. Tel était, depuis trois ans, le tableau quotidien digne d'avant Pinel. Ce comportement

de bête féroce faisait la terreur des autres malades « agitées » et des infirmières. Sa famille l'avait délaissée.

Les essais de « libération » de la malade, que nous imposâmes en premier lieu, afin de supprimer l'agressivité supposée réactionnelle à la manière punitive dont était traité le sujet, se soldèrent par de cuisants échecs avec bagarres réitérées. Cette malade très dissociée restait inabordable, aucun contact n'était possible, sauf sous forme de horions. L'impulsivité agressive était primitive, elle n'avait pas besoin d'être entretenue pour persister.

La malade avait été traitée par électrochocs vers 20 ans, par cure de Sakel vers 21 ans, sans résultats suffisants ou stables. Internée depuis sept ans, elle resta sans traitement, hormis des sédatifs symptomatiques.

Malgré la vive opposition de Jeanne, l'électrochothérapie fut pratiquée. Dès le cinquième choc, Jeanne devint calme, s'alimenta seule ; puis, laissée libre de ses mouvements, elle commença à s'occuper de petits travaux ménagers. Souriante, aimable, elle avait un certain contact, tout en restant dissociée. Jeanne avait repris figure humaine ; ce simple résultat apparut comme une résurrection. Cela dura 15 jours après la fin de la série (12 chocs). Puis rechute progressive vers l'état antérieur.

Nouvelle série de 12 électrochocs. Amélioration moindre, agitation vers la fin. Huit séances avec le cardiazol furent apparemment inefficaces. Troisième série de 10 électrochocs. De nouveau, bons résultats. Disparition de l'alopécie (frottements stéréotypés), du gâtisme, de la maigreur, de l'agressivité ; la malade s'habille et s'alimente normalement, elle a repris des habitudes socialisées. Sa famille, invitée à rétablir les visites, l'a fait avec plaisir.

Cette amélioration est maintenue depuis plus d'un an grâce à trois ou quatre électrochocs pratiqués tous les mois ou tous les deux mois, selon les besoins. La chlorpromazine (100 mgr., puis 150 mgr, *per os*) n'eut guère d'effets et ne put empêcher le recours à l'électrochoc.

OBSERVATION 7. — Agée de 24 ans, Marguerite L... présentait depuis trois ans les signes évolutifs d'un processus schizophrénique. Dépression atypique, réactions anxieuses athématiques, délire de persécution incohérent, ambivalence, discordance, quelques stéréotypies, haine familiale, opposition, etc...

Trois séries d'électrochocs donnèrent des rémissions transitoires, L'insulinothérapie (50 comas) aboutit à une apparente guérison, maintenue depuis sept mois, avec réadaptation sociale complète. La malade a repris son activité professionnelle. Cette guérison sera-t-elle définitive ? Il serait imprudent de l'affirmer. Mais sans traitement, en quel état eût été la malade ?

OBSERVATION 8. — Jeune fille de 24 ans, Hélène M... est atteinte de schizophrénie depuis sept ans. Début par un autisme progressif avec

désadaptation ; puis, dépression, idées délirantes paranoïdes. A 19 ans, l'insulinothérapie l'améliore six mois. Rechute avec agitation, agressivité. Insuline, cardiazol, électrochocs donnent encore une bonne amélioration. Nouvelle rechute. Plus de traitement les trois dernières années. Nous trouvons la malade dans la division des « agitées », car elle se montre souvent agressive, ce qui contraste avec des manifestations affectueuses intermittentes de caractère infantile.

Dès le deuxième électrochoc, amélioration nette, Hélène redevient calme, docile, n'exprime plus d'idées délirantes, puis elle s'occupe à divers travaux. Un mois après la fin de la série, rechute, arrêtée par six électrochocs. Très améliorée pendant deux mois. Lucide, active, affectueuse avec sa famille, s'habille coquettement. Ensuite trois électrochocs par mois pendant quatre mois maintiennent le résultat, lequel permet une sortie d'essai d'un mois et demi dans la famille. Comportement normal, sauf les derniers jours. Rechute sans agitation et avec très peu d'agressivité.

L'insulinothérapie (53 comas) détermine une grande amélioration. Très bon contact, aucune activité délirante apparente, activité bien adaptée, mais lenteur avec une certaine passivité. Sortie deux mois dans sa famille. Ensuite, retour de l'autisme et de légers troubles de l'humeur, combattus par l'électrochoc. Soulignons l'absence d'appréhension et d'opposition de la malade aux traitements subis.

Dans l'ensemble, amélioration moyenne courte, d'ailleurs itérative. En un an, le traitement a permis sept mois de rémission, dont trois mois et demi d'existence familiale, et la fin du cauchemar des « agitées ». Cela compte pour la malade, la famille et même le médecin.

OBSERVATION 9. — Ma... est une petite bossue de 50 ans, grabataire, gâteuse, opposante, cachectique, atteinte à première vue d'une paralégie en flexion. « Bien gentille », dit l'infirmière, car elle ne souffle mot ni ne bouge. On l'alimente comme un lapin en cage. on la nettoie comme un chaudron. Il faut dire aussi qu'elle est internée dans le service depuis 25 ans pour une démence précoce catatonique.

L'examen montre l'absence de paralysie organique et l'impossibilité absolue de tout contact psychologique. Nous pratiquons avec douceur quelques narcoses par voie intraveineuse, qui permettent, d'une part, d'exécuter la mobilisation passive des articulations, d'autre part, de rompre les habitudes morbides de la malade. Au bout d'un mois de rééducation psychomotrice, la malade, toujours bossue certes, se lève, marche, n'est plus gâteuse, regarde autour d'elle, parle un peu, s'alimente seule, engraisse, et ce résultat est durable. Amélioration légère, mais utile à tous points de vue. Nous pensons maintenant à l'électrochothérapie avec curarisation.

Les *délires chroniques* ne sont pas non plus dépourvus de possibilités curatives. La durée de l'évolution est de 3 à 5 ans

chez 15 % de nos malades ; 5 à 9 ans chez 34 % ; 10 à 19 ans chez 30 % ; 20 à 29 ans chez 29 % ; 30 à 39 ans chez 1 %. La moitié des sujets était malade depuis plus de 10 ans.

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, les résultats globaux sont meilleurs que dans la schizophrénie : 4 % de guérison, 10 % de grande amélioration, 18 % d'amélioration moyenne, 44 % d'amélioration légère, 24 % d'échec complet. Nous avons pu réaliser 10 sorties, soit 18 % des malades traitées. De ces améliorations 33 % furent durables, 59 % courtes, 8 % transitoires. Là encore nous retrouvons le fait d'une durée d'autant plus longue que l'amélioration est d'un plus haut niveau (durable dans 80 % des grandes améliorations, 60 % des moyennes, 15 % des légères ; courte dans 20 % des grandes, 40 % des moyennes, 70 % des légères ; transitoire dans 15 % des légères).

Le maximum de succès s'observe dans les psychoses paranoïaques interprétatives, dont le nombre est trop faible pour avoir, isolé, une valeur statistique : 2 guérisons, une grande amélioration, une amélioration moyenne, 2 améliorations légères, un échec. Ces résultats appellent quelques critiques, sur pièces.

OBSERVATION 10. — Ch..., vieille demoiselle de 58 ans, au caractère foncièrement paranoïaque, était atteinte depuis huit ans d'une psychose interprétative de persécution à thème politique, systématisée. Véhémence, sthénie, disposition revendicatrice, réactions de colère et de dépit. Lucidité, intelligence, conservation des capacités émotionnelles et affectives.

Quand nous connûmes la malade, son activité proprement délirante avait déjà diminué, s'était notablement enkystée, sans qu'il y eût aucune rectification ; hargne vive et permanente, malignité. La psychothérapie individuelle, appuyée par des modifications appréciables et appréciées (changement de division, chambre au lieu de dortoir, transformation du P.O. en P.V., sorties autorisées, renouement avec la famille), produisit une attitude détendue et confiante, une sorte d'oubli affectif du délire, avec orientation progressive de la personnalité vers les réalités concrètes et les projets de sortie.

Cette psychothérapie dura un an. La dernière phase fut illustrée par des réactions, non plus délirantes, mais caractérielles paranoïaques, avec une « crise de désaliénation » et des craintes en partie justifiées devant les difficultés de la réadaptation extérieure. Avec l'aide familiale, la malade est sortie depuis sept mois, sans incidents ni rechute.

Ce cas de guérison ne doit compter qu'à demi au bilan de la thérapeutique. Si l'activité délirante n'avait été déjà réduite, nous eussions perdu notre temps. En revanche, si nous n'avions rien

fait, nous eussions renforcé les réactions paranoïaques de la malade et nourri son système délirant, ou sub-délirant, ce qui eût rendu la malade plus chronique que jamais.

OBSERVATION 11. — Agée de 50 ans, Mme D... souffrait depuis quatre ans au moins de dysthymie dépressive, avec manifestations hypocondriaques et cénestopathiques, délire d'influence avec idées de persécution et de jalousie conjugale. Tableau complexe sur lequel tombait le voile de la chronicité. Clausturation, incurie, réactions agressives contre le mari, tentative de suicide, conduisirent la malade dans une clinique privée. L'électrochothérapie fut entreprise, et suspendue après la deuxième séance en raison d'un infarctus pulmonaire (supposé) avec phlébite (certaine) d'un membre inférieur.

Quand nous reçûmes la malade, elle n'offrait aucun signe neurologique (radiographie crânienne, fond d'œil, etc...) ou autre (azotémie, Bordet-Wassermann, etc...), en dehors d'une colibacillose urinaire (cause probable de la phlébite antérieure) et de quelques légers troubles ménopausiques. Une médication chimique guérit facilement la colibacillose, une médication hormonale fut instituée, sans rien modifier à l'état mental de la malade.

Celui-ci était assez curieux : mélange d'inhibition, de réticence, d'opposition, de conscience lucide, adaptée et ironique, et d'attitudes délirantes inadaptées. La narco-analyse procura une détente, un contact affectif valable, l'expression d'idées délirantes et de sentiments morbides, d'expériences vécues antérieures, mais ne donna qu'une légère et transitoire amélioration.

L'électrochothérapie s'imposait. Dès la troisième séance, amélioration importante. Aucun incident. Après le douzième choc, la malade était presque guérie. Elle conservait encore une attitude ambivalente, un sentiment d'insécurité. Psychothérapie simple, petite ergothérapie. Au bout d'un mois, s'ébauche une rechute (sentiments d'influence, idées de jalousie, inquiétude, etc...) que jugulèrent cinq électrochocs. Ensuite amélioration progressive jusqu'à une guérison stabilisée depuis un an. La malade a repris une activité normale, que le mari n'avait plus vue depuis plusieurs années. Bonne entente conjugale.

L'erreur eût été de ne voir en ce cas qu'une psychose ménopausique ou qu'une psychose colibacillaire, ou qu'une psychose affective, et de n'appliquer qu'un seul genre de traitement prétendu étiologique. La ménopause intervint comme moment critique psycho-organique, la colibacillose surajoutée eut une incidence défavorable sur une situation qu'elle n'avait pas créée, l'évolution psychologique de la malade par rapport à son mari et à ses enfants fournit au délire sa charge affective, son contenu, mais non point la totalité de son dynamisme.

Les traitements hormonaux et anti-infectieux seuls eussent été inefficaces ; l'ergothérapie seule eût été une absurdité ; la psychothérapie seule eût été incomplète. Il fallait agir harmoniquement sur tous les plans accessibles.

OBSERVATION 12. — Berthe G... est une digne et forte femme de 58 ans, au visage régulier, au port noble, au verbe sentencieux, fleuri de paraboles à la manière de... Jésus-Christ. Elle exprime ainsi une psychose paranoïaque avec idéalisme passionnel à thème religieux, qui lui conféra le pouvoir de prophétiser, de prêcher la réforme de l'Eglise catholique, d'outrager l'un de ses Princes, et d'entrer d'office à l'Infirmerie spéciale. On trouverait facilement chez cette malade d'anciennes fautes et frustrations, un mécanisme punitif, un processus compensateur dans un délire de puissance et de pureté. Délirante depuis huit ans, internée depuis six ans.

La psychothérapie s'exerça ici de deux manières. Les circonstances voulurent qu'un très distingué philosophe s'intéressât à la malade et, au cours de multiples entretiens, écoutât ses discours et discutât avec elle divers problèmes. En son orgueil flattée, elle y trouva un réconfort certain... et un substantiel aliment pour son délire. Mais l'aliment était presque hygiénique, car, s'il lui donnait satisfaction en quelque manière et consacrait son personnage, il l'obligeait parfois à prendre une conscience nette de ses propres limites, de ses ignorances, de la fragilité intellectuelle et temporelle de ses conceptions. Le fait que l'interlocuteur n'était pas médecin et n'exerçait sur elle nulle autorité avait aussi quelque intérêt.

A cette « manière » se combina la nôtre. Elle consista à obtenir de la malade qu'elle jouât dans le service un rôle concret, indépendant de son personnage délirant ; à la « comprendre » en admettant par hypothèse ses postulats délirants sans chercher naïvement à les combattre de front ; à lui faire comprendre sa situation actuelle ; à réduire sa méfiance ; à obtenir enfin un compromis tel qu'elle se résignât à ce que son royaume ne fût pas de ce monde, et qu'elle servit Dieu d'une manière compatible avec l'existence du commun des mortels, fussent-ils prêtres.

Toujours délirante au fond, Berthe apprit à contrôler son délire dans un sens conforme à l'ordre social, à se réinsérer dans cet ordre. Après un an de traitement psychologique, elle put sortir et vaincre de réelles difficultés matérielles. Elle travaille pour subvenir à ses besoins et se maintient ainsi depuis huit mois sans incidents. C'est tout de même une grande amélioration.

Dans les *psychoses hallucinatoires chroniques*, pas de guérison ; 10 % de grande amélioration, 20 % d'amélioration moyenne, 40 % d'amélioration légère, 30 % d'échec total. Si l'on se ré-

fère à la structure des psychoses (sous réserve des chiffres devenus trop faibles), la structure paranoïaque semble la plus favorable : toutes les grandes améliorations appartiennent à ce groupe ; les moyennes et légères sont en même proportion dans les deux groupes ; les échecs sont plus nombreux dans la structure paranoïde (40 %).

OBSERVATION 13. — M..., âgée de 50 ans, internée depuis douze ans pour une psychose hallucinatoire chronique classique, de structure paranoïaque. Lucide, très délirante, revendiquante, hypersthénique, hostile, elle se trouve dans un état subexcitatif à peu près permanent. Elle s'occupe de ses petites affaires tout en vociférant contre des persécuteurs qui l'injurient, la menacent, lui envoient des courants électriques, des fluides, des infections, l'empêchent de dormir, etc... Une recrudescence de l'activité délirante, péniblement ressentie par la malade, exaspérée et presque anxieuse, nous décida à pratiquer douze électrochocs, malgré l'opposition de l'intéressée.

Dès la sixième séance, se manifesta une amélioration considérable. La malade était calme, souriante, aimable comme on ne l'avait jamais vue. Elle dormait bien, s'alimentait mieux. La verve délirante était tombée, les persécutions devenues négligeables, les persécuteurs presque impuissants. La malade fut alors chargée de travaux personnels qu'elle accomplit avec plaisir et très correctement. Puis elle fut placée dans une chambre mieux installée et plus tranquille. Elle continue de travailler. Tendance hypomaniaque épisodique, délire sous-jacent, activité apparente normale. Cette grande amélioration persiste depuis neuf mois.

La régulation thymique obtenue par l'électrochothérapie a eu pour remarquable effet la régression à l'arrière-plan de l'activité délirante hallucinatoire. La malade n'est plus malheureuse et elle s'est réadaptée au cadre social. Elle pourrait sortir si elle avait une famille ou une institution convenable pour la recevoir et l'employer.

OBSERVATION 14. — Nous n'avons pas eu autant de satisfaction avec Mme B..., que nous avons surnommée Adolphine. Internée depuis 15 ans, âgée de 61 ans, elle est animée par une paraphrénie expansive, à thème politico-mythologique.

La face large et colorée, l'œil noir et vif, accoutrée d'un turban, d'une robe et de chaussures artistement brodés de vastes croix gammées jaunes, Adolphine clame à tous les échos, d'une voix de stentor, ses injures et ses ordres. Mère de Hitler, toute-puissante, elle possède tous les dons et les richesses ; elle nomme et surtout révoque, elle attribue à son entourage des degrés dans une hiérarchie mi-mythologique, mi-sociale, descendant jusqu'au millionième de degré, bas-fonds extrêmes où patarge ordinairement le chef de service, révoqué tous les matins. Elle nourrit sur ses épaules d'innombrables almées,

notamment Isis, ce qui exige un régime rigoureusement végétarien (pas de lait, d'œufs, de poisson, pas de vêtements de laine, etc...). Qu'on la fâche par des paroles ou des actes irrespectueux, insubordonnés, elle se retire majestueusement en sa Chambre d'Or, quelque part dans l'Univers, etc... Ce délire mégalo-maniaque, très imaginaire, contraste avec un intérêt très vif et très averti porté aux événements et aux détails d'ordre pratique. Il s'accommode aussi d'un ludisme évident, lié à une subexcitation permanente.

Pittoresque et sympathique, pas malheureuse au fond, psychiatriquement exemplaire, nous avons traité cette malade à contre-cœur, pour savoir dans quelle mesure agirait sur le délire un essai de régulation thymique. Douze électrochocs furent pratiqués.

Dès le troisième choc, régression spectaculaire. Chute du tonus. Adolphe est calme, parle posément sans tonitruer, elle finit par ne plus délirer du tout. Elle se trouve alors dans un état d'esprit ambigu : sans être mélancolique, ni même déprimée, elle s'ennuie, quelque chose lui échappe, elle a perdu son délire ; elle est perplexe, désœuvrée comme un enfant à qui l'on vient de cacher son hochet. Pas de désorientation temporo-spatiale. Pour la première fois, elle conçoit des projets adaptés, se préoccupe de sa famille, envisage sa sortie avec réalisme. Elle écrit quelques lettres cohérentes et sensées, elle travaille. Inutile de dire que nous l'avions changée de division, lui avions supprimé d'office ses ornements délirants et son régime végétarien. Le délire était oublié.

Tout fut parfait les 15 jours consécutifs au traitement. Puis, petit à petit reparut le tonus hyperthymique avec, au bout d'un mois, récupération joyeuse et triomphante des thèmes délirants. Comportement subnormal encore le deuxième mois. Puis restitution complète de l'état morbide antérieur. Seul trait nouveau : le médecin ordonnateur de l'électrochoc est traité, avec la voix retrouvée du stentor, d'abominable assassin, sans que cela supprime une certaine cordialité ludique. D'aucuns pourraient y voir l'expression élective d'un jugement sain.

A priori, les troubles thymiques devaient nous fournir les meilleurs résultats. Ce fut confirmé *a posteriori*. Un seul échec complet sur 23 cas ; cinq améliorations légères ; dix améliorations moyennes ; quatre grandes améliorations ; trois guérisons. Six sorties furent réalisées ; trois ou quatre autres eussent pu l'être, si les conditions extérieures avaient été favorables.

Les formes dépressives fournissent les meilleurs résultats. La durée de l'affection était inférieure à 5 ans dans 5 cas, de 5 à 9 ans dans 11 cas, supérieure à 10 ans dans 7 cas (jusqu'à 25 et 32 ans). Les sorties concernent des malades souffrantes depuis 3, 5, 6 et 7 ans.

OBSERVATION 15. — Atteinte de mélancolie délirante depuis cinq ans, internée dans le service depuis quatre ans, ayant subi seulement un

traitement anticolibacillaire, Mme R..., âgée de 50 ans, montrait une activité pratique assez satisfaisante (petits travaux ménagers). Mais elle exprimait des idées délirantes mélancoliques (elle n'était bonne à rien, tout était perdu, c'était sa faute, il fallait la laisser, elle devait mourir), refusait le contact et, si l'on insistait, réagissait par des pleurs, de l'anxiété et la fuite. Tête baissée, regard en-dedans, elle travaillait avec routine, absorbée par son malheur morbide, et ne s'intéressait pas au monde extérieur.

Il suffit de douze électrochocs pour obtenir une guérison complète et définitive, sans séquelles. Normalité de l'humeur et du comportement, critique des convictions antérieures, activité pleinement développée, avec initiative. Sortie, Mme R... se réadapta très bien, malgré des conflits conjugaux et des difficultés matérielles également surmontés. Le recul dépasse un an.

Traitée plus tôt, cette malade n'eût certainement pas perdu quatre ans d'internement. Non traitée, il n'y avait aucune raison qu'elle n'en perdît point dix autres.

OBSERVATION 16. — Mme M..., 60 ans, en était à son cinquième internement (le premier à 21 ans, les deuxième, troisième et quatrième dans les dix dernières années). L'avant-dernier accès avait été très vite amélioré par l'électrochoc. Cette fois-ci, la malade était franchement mélancolique depuis deux ans et souffrait en outre d'une *tuberculose* pulmonaire bilatérale évolutive. Vive agitation anxieuse, refus intermittent des médicaments, sous-alimentation, fièvre, amaigrissement progressif, malgré le P.A.S. et la streptomycine.

Le laudanum était inefficace, d'autres sédatifs insuffisants (chlorpromazine, phénergan, etc...). L'état général déclinait chaque jour. Un phtisiologue consulté avant notre arrivée, avait évidemment mis un veto formel à toute sismothérapie. Il nous parut au contraire urgent d'appliquer celle-ci.

Amélioration nette dès le premier électrochoc, puis guérison apparente à la fin de la série. Amélioration notable de l'état pulmonaire, et considérable de l'état général. La malade était transformée. Après un mois, hyperémotivité, manifestations subanxieuses exigent huit électrochocs. Guérison. Sortie.

Au sixième mois, récurrence mélancolique, sixième internement d'un mois, douze électrochocs. Sortie guérie. Quelques épisodes à tendance dépressive furent très brièvement traités par quelques électrochocs ambulatoires, la malade continuant de s'occuper de son ménage et de soigner sa tuberculose. Guérison maintenue depuis un an.

Observation intéressante par la ténacité de la mélancolie, sa résistance aux divers traitements, hormis l'électrochoc, traitement héroïque. La tuberculose pulmonaire évolutive ne consti-

tuait pas ici une contre-indication, car la psychopathie associée risquait d'entraîner des conséquences organiques fatales. L'électrochothérapie a, d'une part, supprimé la psychose et son retentissement endocrino-neuro-végétatif, d'autre part amélioré rapidement la nutrition, la résistance organique, et, par suite, la tuberculose, dont le traitement a pu devenir alors efficace. Plus de fièvre, nettoyage partiel radiologique, plus de bacilles de Koch dans l'expectoration (1).

OBSERVATION 17. — Mme T..., bonne vieille de 80 ans, internée depuis 34 ans pour une mélancolie délirante chronique, présente, outre un affaiblissement sénile, de la tristesse, de l'inhibition, des idées délirantes d'immortalité, de l'inertie. Elle ne bouge plus, s'alimente mal.

Dix électrochocs sont gaillardement supportés, sans toutefois valoir une fontaine de Jouvence. La malade montre une humeur normale, s'affirme plus présente, plus active, n'exprime plus d'idées délirantes, et se trouve normalisée dans la mesure où le permet sa sénilisation. Amélioration légère, prouvant du moins qu'il n'est jamais trop tard pour bien faire.

OBSERVATION 18. — Une malade fort difficile fut, et est encore Mme C... Agée de 51 ans, israélite, atteinte de psychose maniaque-dépressive, elle eut un premier accès maniaque à 15 ans, un deuxième dépressif à 24 ans, un troisième et un quatrième maniaques à 25 ans, un cinquième maniaque à 33 ans (électrochocs), un sixième maniaque à 35 ans (électrochocs), un septième dépressif à 43 ans, un huitième maniaque à 44 ans (électrochocs), un neuvième maniaque à 45 ans.

Ce dernier, traité par l'électrochoc et l'insuline (40 comas), devait récidiver deux mois plus tard et durer jusqu'à maintenant, soit environ six ans. Pendant les trois premières années, il y eut trois rémissions spontanées (deux mois, un mois, une semaine). Ensuite manie ou hypomanie permanente. Dans l'ensemble, aggravation progressive, surtout dans les trois dernières années, alors que cela eût dû se produire au cours des trois premières, si les traitements subis en étaient cause. D'autre part, période ménopausique, fibrome utérin avec ménorragies souvent importantes, quelques troubles hépatiques, maigreur.

Manie classique. Agitation, cris, chants, logorrhée; exhibitions mammaires, vulvaires, fessières, obscénités, scatologie; calembours, ludisme, fuite des idées, euphorie, colère, etc... Elle vit en permanence dans la division des « agitées », à l'atmosphère particulière de laquelle elle collabore avec une inépuisable énergie. La camisole est sa petite tenue.

(1) Sur 23 malades porteurs d'une tuberculose pulmonaire avancée, J. H. MacClellan et A. Schwartz confirment l'amélioration mentale et physique, en particulier pulmonaire, obtenue par l'électrochothérapie.

Nous commençâmes par l'électrochothérapie. Au troisième choc, amélioration ; au sixième surexcitation ; au neuvième, légère confusion mentale, les dix premiers chocs ayant été quotidiens. Au treizième, malade calme, ni déprimée, ni excitée, lucide. Aussitôt changée de division, installée dans une chambre, elle offre une excellente rémission pendant trois semaines, ce qui ne s'était jamais produit depuis trois ans au moins.

Rechute. Une encéphalopneumothérapie (100 cc. d'oxygène) calme la malade pendant trois jours. Huit électrochocs donnent une nouvelle rémission de 15 jours. Un essai de cardiazol fut suspendu en raison d'effets excitatifs.

La malade, beaucoup moins agitée, subit alors pendant trois mois un traitement hormonal à hautes doses (testostérone et progestérone) associé au citrate de lithium (2 gr., puis 3 gr. *pro die*). Amélioration légère, puis importante, malade à peine hypomane parfois. La malade retrouve sa chambre, s'occupe, peut sortir au dehors. Le lithium, continué seul encore un mois, est suspendu. Rechute deux jours plus tard. Reprise du lithium, continué seul encore un mois, puis suspendu. Rechute deux jours plus tard. Reprise du lithium et de la testostérone. Rémission trois mois. Puis nouvelle excitation maniaque.

Alors cure de sommeil pendant un mois. Disparition immédiate de la manie. Après la cure, asthénie, quelques troubles digestifs, vague nuance dépressive. Comportement normal pendant deux mois, avec sorties familiales.

Puis, en 48 heures, manie aiguë. Traitement : citrate de lithium (3 gr.), chlorpromazine (200 mgr.), phénergan associés donnent, au bout d'un mois une rémission complète. Durée un mois et demi. Nouvel accès. Même traitement, qui donne une rémission, en cours.

Sur 16 mois, nous avons donc obtenu trois mois d'amélioration légère et huit mois de guérison apparente avec reprise d'un contact social normal, résultat très appréciable, si l'on considère la gravité du cas. L'évolution s'annonce maintenant favorable. L'hystérectomie avec castration est d'autant plus à envisager qu'elle se trouvera bientôt médicalement indiquée.

D'autres types de malades furent traités en nombre trop faible pour permettre une formulation statistique.

Sur dix cas de *névroses* plus ou moins graves, nous avons obtenu : six améliorations légères (évolution de 3 à 16 ans) ; une grande amélioration, que nous devrions qualifier de guérison, mais le recul n'attend pas encore un an (5 ans d'évolution). Il y eut trois sorties avec réadaptation sociale satisfaisante et durable.

L'amélioration de quelques *épileptiques* par certains médicaments et par l'ergothérapie est seulement à mentionner.

Un seul cas de *démence artériopathique* fut amélioré par un traitement général et hormonal, ce qui permit une sortie.

Quelques *démentes séniles* traitées par des médications vasculaires, hépato-rénales, hormonales bénéficièrent d'amélioration légère et courte.

V. — COMPARAISONS PRONOSTIQUES

Il n'est pas inutile d'établir, fût-ce d'une manière très grossière, des comparaisons statistiques entre les bilans des malades traitées et non traitées, afin d'apprécier, d'une part, l'influence thérapeutique, d'autre part, les différences pronostiques. Le tableau ci-dessous en résume les données (névroses, démences, etc... en ont été exclues). Les améliorations transitoires ont été sous-traitées et portées avec les échecs, les courtes ont été confondues avec les durables, car la plupart sont itératives sous l'effet du traitement, et deviennent ainsi durables.

EVOLUTION	SCHIZOPHRÉNIES		DÉLIRES CHRON.		DYSTHYMIES CHRON.	
	Non trait.	Trait.	Non trait.	Trait.	Non trait.	Trait.
Guérison.....	1,2 %	1,5 %	0,7 %	4 %	5 %	13 %
Grande amél..	0	1,5 %	0,7 %	10 %	0	20 %
Amél. moy....	0	10 %	1,5 %	18 %	5 %	42 %
Amél. lég....	5 %	48 %	4 %	36 %	5 %	20 %
Enkystement..	5 %		10 %		50 %	
Stabilisation..	14 %		58 %		10 %	
Aggravation...	75 %		25 %		25 %	
Échec.....		39 %		32 %		5 %

Dans la schizophrénie, l'indice de guérison est de même ordre dans les deux groupes. Si l'on totalise les guérisons et améliorations, on en trouve 61 % dans le groupe traité contre 6 % dans le groupe non traité. Les résultats les plus intéressants (guérison, grande et moyenne amélioration), donnent 13 % contre 1,2 %. De telles différences sont significatives.

Dans les délires chroniques 4 % de guérison chez les traitées contre 0,7 %. Même en tenant compte d'une part d'évolution spontanée favorable et en réduisant nos 4 % à 3 %, la différence demeure encore sensible. Le total des guérisons et améliorations s'élève à 68 % chez les traitées au lieu de 7 % chez les non traitées. Si l'on soustrait les améliorations légères, on obtient 32 % de résultats intéressants contre 3 %.

Dans les troubles thymiques chroniques, la marge se maintient : 13 % de guérison contre 5 %. Le total, avec les améliorations, atteint 95 % contre 15 %. En soustrayant les améliorations légères, les proportions sont de 75 % contre 10 %.

L'efficacité thérapeutique se trouve ainsi nettement démontrée, dans la mesure où l'observation clinique possède quelque valeur démonstrative. Ces résultats n'ont rien d'extraordinaire, mais ils nous paraissent dignes d'attention, car, pour les obtenir, nous n'avons utilisé que les moyens thérapeutiques réduits dont nous disposons. Nous n'avons pu employer le maximum de moyens pour tous les cas traités. Par exemple, tel cas compte comme échec parce que deux séries d'électrochocs n'ont rien donné, mais l'insulinothérapie ou la lobotomie n'a pas été tentée ; telle amélioration n'a pas été meilleure ou plus durable parce que nous n'avons pu pratiquer comme il eût fallu la psychothérapie ou l'ergothérapie, etc... Les résultats obtenus restent donc au-dessous des possibilités de nos moyens thérapeutiques actuels. Il convient d'en prendre une nette conscience.

Efficacité thérapeutique et pronostic varient selon le genre de psychopathie, comme chacun sait.

Le *pronostic* éloigné de l'évolution naturelle s'avère plus grave dans la schizophrénie, avec 75 % d'aggravation, que dans les délires chroniques et les troubles thymiques réduits à 25 %. De bonnes améliorations ou des guérisons tardives s'observent dans 10 % des troubles thymiques, au lieu de 1 à 2 % dans la schizophrénie et les délires chroniques.

Rareté de la guérison au-delà de 5 ans d'évolution, grande fréquence de l'incurabilité au-delà de 10 ans, sauf lorsqu'il s'agit de troubles thymiques.

Le traitement nous a paru plus efficace dans les délires chroniques que dans la schizophrénie, probablement parce que nos schizophrènes sont parmi les plus gravement et longuement atteints. A notre sens, les troubles thymiques doivent être systématiquement traités. Chez les vieux psychopathes ayant ou ayant eu une composante thymique, la règle devrait être également d'essayer un traitement. Dans l'ensemble, *l'activité thérapeutique a transformé* l'atmosphère du service (1). La division dite des agités se caractérise par l'absence habituelle d'agitation ; le gâtisme est réduit dans d'importantes proportions, de même que les réactions agressives ; le nombre des malades inactives tend à dimi-

(1) Nous avons obtenu des résultats analogues dans notre précédent service de Mayenne, avec une population surtout rurale.

nuer. Ces résultats prennent tout leur relief par comparaison avec l'état antérieur, et justifient l'action entreprise.

A titre indicatif, et de valeur très relative, les sorties valables à la suite des traitements ont été de 5 % chez les schizophrènes, 18 % chez les délirants chroniques, 26 % chez les thymiques. Dans l'ensemble, 13 % de sorties chez des malades chroniques, dont la plupart fussent restées internées, si elles n'avaient pas été traitées.

VI. — LES MOYENS THÉRAPEUTIQUES

Après les résultats obtenus, considérons les méthodes thérapeutiques employées. Si le choix des traitements fut dicté par l'indication propre à chaque cas, il fut aussi limité par nos possibilités pratiques. Nous l'avons déjà souligné, notre effort thérapeutique ne constitue pas un modèle ; tous nos cas traités ne le furent pas avec tous les moyens valables. Il va cependant de soi que les malades atteintes d'affections organiques quelconques (tuberculose, néphrite chronique, colibacillose, insuffisance cardiaque, anémie, dysendocrinie, troubles hépatiques, etc...), furent *médicalement* soignées. En règle générale, cela ne modifie guère la psychopathie chronique, quoi qu'on dise. Il faut recourir à des traitements « spéciaux ». Pour le groupe considéré, nous n'avons utilisé ni la méthode de Fiamberti, ni la pyrétothérapie, ni l'ionisation transcérébrale, ni les injections intra-cérébrales prônées par Paul Abély et Paul Guyot, ni..., mais ne ferions-nous pas un long catalogue ?

1° La *sismothérapie* demeure une méthode très utile dans les psychopathies chroniques, à condition d'être habilement maniée. Elle n'est aveugle qu'aux yeux de ceux qui ne savent la voir et moins encore l'appliquer. Elle ne saurait être systématique ; sa posologie importe au premier chef et doit rester individuelle. On se gardera de la routine, ou de la superstition, des séries et des fréquences. On n'en fera pas un procédé de facilité, destiné à soulager moins le malade que le médecin. Comme tout traitement, la sismothérapie demande une surveillance médicale des effets produits et une application nuancée, appropriée à chaque cas.

Les *séries* de 12 séances, *a fortiori* davantage, constituent une sorte de traitement « d'attaque ». Ce serait une erreur d'arrêter le traitement au 5° ou 6° choc sous prétexte qu'il n'a rien donné, alors qu'il aurait pu se montrer efficace au 10°, ou après la fin de la série ; ou de le suspendre du 3° au 6° choc en raison

d'un effet excitatif assez fréquent, mais qui disparaît avec la poursuite du traitement.

Le *rythme* bi- ou tri-hebdomadaire s'affirme habituel parce que le plus utile. Là encore tout dépend de l'état du malade. Il y a souvent avantage à commencer par trois chocs hebdomadaires et, dès l'amélioration obtenue, à continuer par deux chocs, de manière à prolonger le traitement sans accroître les troubles mnésiques. Parfois, notamment s'il s'agit d'excitation, il faudra bien au contraire commencer par un choc quotidien. Si l'apparition d'un syndrome confusionnel ou d'un syndrome d'inhibition commande en général l'arrêt ou l'éloignement des chocs, le syndrome confusionnel peut quelquefois être délibérément recherché dans l'espoir d'effacer mieux la structure pathologique. Souvent y suffit moins d'une semaine de chocs quotidiens ; ou des chocs bi ou tri-quotidiens, dont l'indication nous paraît assez rare, l'abus du procédé de sommation de Strawn devant être proscrit.

Après l'échec d'une première série, une deuxième ou une troisième peut parfois réussir. Il convient de modifier le rythme. L'intervalle entre les séries varie d'un cas à l'autre. Le temps que mettent à disparaître les perturbations électro-encéphalographiques ne constitue pas une limite obligatoire. L'examen clinique reste un guide nécessaire et suffisant.

Nombre de malades chroniques bénéficient d'un véritable traitement « d'entretien », pratiqué « à la demande », non pas du malade (ce qui s'observe pourtant), mais de la maladie. A chaque ébauche de rechute trois ou quatre électrochocs groupés par exemple, suffisent à maintenir l'amélioration antérieure.

Schématiquement, deux éventualités peuvent se produire : soit des améliorations de plus longue durée, des rechutes plus légères, cas favorables tendant à une certaine « stabilisation ». Soit des améliorations moindres et plus courtes, exigeant des traitements plus prolongés, lesquels deviennent inefficaces en quelques mois, cas défavorables. On parle alors « d'épuisement » du traitement ; il s'agit plutôt de l'épuisement des capacités réactionnelles du malade, d'ordre à la fois nerveux et hormonal. Nous ne disposons pas de critères absolus autorisant la prévision et garantissant le choix. Certes l'existence de troubles thymiques, de réactions anxieuses, émotionnelles, de phénomènes oniroïdes, paraît favorable ; le vide dementiel, l'ancienneté évolutive s'affirmant défavorables. Mais on peut se tromper sur la réalité et la profondeur de la détérioration psychique, des améliorations demeurent possibles après un long temps, des troubles thymiques peuvent être réfractaires au traitement.

La méthode la plus sûre et la plus commode est l'*électrochoc-thérapie*, avec les appareils de Lapipe et Rondepierre, de Delmas-Marsalet que nous avons également utilisés. L'obtention de crises convulsives nous semble indispensable ; en cas de « raté », mieux vaut recommencer plutôt que de laisser le malade « sur son absence ». Si le patient manifeste trop d'appréhension ou d'opposition, le recours à une *narcose* intraveineuse préalable rend grand service et mérite un fréquent emploi. Nous ne pouvons que nous étonner de voir encore des auteurs trouver l'électrochoc-thérapie plus difficile à appliquer qu'un autre traitement. Ce que prétendent D.-H. Miller, J.-J. Clancy, E. Cumming qui, d'autre part, disent obtenir les mêmes résultats, sur 30 vieux schizophrènes, avec le courant continu non convulsivant, l'électrochoc convulsivant, et le pentothal. Cette assertion ne s'accorde nullement avec notre expérience personnelle.

L'usage des « curarisants » de synthèse, notamment le 3697 R.P., permet aisément de neutraliser les risques ostéo-articulaires. Les toni-cardiaques contribuent également à supprimer toute limite d'âge. Plusieurs de nos malades étaient septuagénaires, l'une atteignait 80 ans, ce qui ne figure pas un record. L'expérience acquise depuis confirme les conclusions que nous avons autrefois formulées quant aux accidents et aux contre-indications de l'électro-choc, en accord avec de nombreux auteurs.

Que demandons-nous à l'électrochocthérapie ? Selon les cas, une stimulation, une régulation, une inhibition.

Elle nous paraît de rigueur dans les *manies* et surtout les *mélancolies* chroniques, même involutives, même quelque peu sénilisées. Des résurrections s'observent encore après de longues années. Nous n'avons eu que 5 % d'échec, rappelons-le. Sans doute, dans les accès maniaques et dépressifs, sur 400 cas, G. Daumézon et Denis ont trouvé le même taux de guérison (76 %), avec ou sans électrochocs, ce qui s'accorde assez mal avec la notion générale selon laquelle la précocité du traitement diminue la fréquence de la chronicité. H. Ey et J. Burquet constatent une fréquence presque double de récédive chez les dysthymiques traités par l'électrochoc. Mais, d'autre part, ces mêmes auteurs observent une réduction de la durée de l'internement de moitié (Ey et Burquet), de 75 % (Daumézon et Denis) chez les malades choqués. A lui seul ce résultat suffirait à légitimer la méthode.

Quand une affection, aussi pénible et aux incidences vitales aussi graves que la mélancolie, dure moitié moins de temps (et beaucoup moins encore si l'on tient compte de l'atténuation très

rapide des symptômes), sous l'effet de l'électrochoc, c'est là un résultat capital au triple point de vue biologique, psychologique et social. Pour apprécier la valeur des récidives, ce n'est pas le nombre de celles-ci qu'il faut considérer, mais la somme des durées de maladie. Peut-être alors s'apercevrait-on que, malgré une fréquence plus grande, l'addition pathologique serait beaucoup moins lourde avec l'électrochoc que sans. A cet égard, on ne saurait méconnaître l'importance des effets obtenus dans les cas chroniques. Les années passent, la maladie demeure ; faites quelques électrochocs, elle s'atténue ou disparaît, et le malade gagne des mois ou des années d'existence normale. Quand, chez nos chroniques, nous avons obtenu sept fois plus de guérison ou de grande amélioration par le traitement que par l'expectative, nous ne pouvons croire, malgré le petit nombre de nos cas (43 en tout), qu'il s'agit seulement d'une série heureuse et exceptionnelle, ou d'une faveur du ciel, en l'occurrence imméritée.

Dans la *schizophrénie* ancienne, l'électrochothérapie peut sortir le malade de son autisme, de son inertie, supprimer son agitation ou son impulsivité agressive, restituer un contact lucide et affectif, permettre ainsi à la psychothérapie de s'exercer sous une forme ou sous une autre. C'est déjà beaucoup. Du reste, la simple amélioration du comportement ne doit pas être méprisée : que le malade s'alimente bien et seul, qu'il s'habille, se nettoie, maîtrise ses sphincters, etc... Tout cela contribue à transformer l'atmosphère du service et l'existence hospitalière. Le traitement de 86 % de nos schizophrènes donna 5 % d'amélioration moyenne, 65 % d'amélioration légère, 30 % d'échec. A. Fergus, après avoir persévéré jusqu'au 50^e électrochoc chez 102 vieux schizophrènes, a obtenu 15 % de sortie, 35 % d'amélioration nette, 20 % d'amélioration du comportement, 30 % d'échec, ce qui confirme nos résultats dans une note plus optimiste que la nôtre.

Dans les *psychoses hallucinatoires* chroniques, paranoïaques, paranoïdes, paraphréniques, l'électrochoc peut supprimer, quelque temps, les phénomènes hallucinatoires, réduire l'activité délirante, neutraliser ou disjoindre le potentiel émotionnel des expériences morbides vécues, surtout abolir les réactions dépressives et l'angoisse du malade, auquel son délire redevient ensuite supportable. Peut-être obtiendrait-on de meilleurs résultats si l'on traitait d'une manière plus attentive et plus systématique les « moments féconds » de ces psychopathes. L'électrochothérapie de 86 % de ces malades détermina 8 % de grande amélioration, 20 % d'amélioration moyenne, 40 % d'amélioration légère, 32 %

d'échec. Comme dans la schizophrénie, les guérisons ne sont pas obtenues par la seule électrochothérapie.

Dans les *névroses*, spécialement les dépressions névrosiques, la méthode peut donner d'excellents résultats. Si elle ne modifie guère et parfois aggrave les phénomènes obsessionnels proprement dits, elle supprime souvent l'angoisse, empêche les complications dépressives, détermine un remaniement des structures névropathiques favorable à la psychothérapie. Cela confirme l'opinion de H. Ey et s'oppose à la thèse de certains psychanalystes, bien exposée par J. Mallet, qui, sur ce prétendu critère thérapeutique abandonneraient seulement et à regret la mélancolie franche aux psychiatres « de choc ».

Traitement « symptomatique », disent quelques-uns avec dédain. Oui, parfois, et pourquoi pas ? En médecine générale, aurait-on renié et pu toujours se passer des traitements symptomatiques ? Seuls, les traitements dits étiologiques seraient-ils efficaces et légitimes ? Sûrement pas. Il existe une certaine mythologie de l'étiologie, dont il faut savoir se garder. Or, l'électrochoc se révèle souvent un traitement non pas étiologique, mais pathogénique, d'où sa réelle valeur. On ne saurait aujourd'hui nier qu'il agisse sur certains des mécanismes nerveux et hormonaux par lesquels se développe et s'exprime le processus morbide. L'expérience abysalement vécue d'une crise, d'une petite mort et d'une résurrection, possède une importance bio-psychologique qui ne se réduit pas à de fugaces effacements de symptômes. Les observations de certains psychanalystes sur ce point ne manquent pas d'intérêt. Ces considérations valent pour d'autres traitements (insulinothérapie, etc...).

Lorsque l'électrochoc a échoué, on aurait tort d'oublier la *cardiazolthérapie*, qui parfois réussit. L'alternance, dans la même série, de chocs électriques et cardiazoliques peut être utile.

L'association à l'électrochoc d'un choc *amphétaminique* préalable, préconisée surtout dans les formes catatoniques, a un intérêt que nous n'avons guère retrouvé dans le groupe de nos malades.

Résultats médiocres avec l'*électronarcose*, d'ailleurs peu utilisée dans cette étude.

2° L'*encéphalo-pneumothérapie* n'a rien donné de mieux chez nos chroniques que ce que nous avons déjà constaté, bien au contraire. Appliquée chez 25 malades, elle s'est soldée par un échec dans les trois quarts des cas, une amélioration légère transitoire dans un quart. La technique utilisée fut l'insufflation par

voie lombaire, de 100 cc. d'oxygène, sans adjonction de substance médicamenteuse.

Les améliorations concernent trois démences précoces, une mélancolie, une manie, une épilepsie. Le pneumo-encéphale fut inefficace chez neuf schizophrènes, alors que l'électrochoc devait agir chez six d'entre elles. Dans les trois cas où le pneumo-encéphale eut un effet, le résultat fut bien meilleur avec l'électrochoc. Même différence en faveur de l'électrochoc dans les états thymiques.

3° De l'avis de la plupart des auteurs, *l'insulinothérapie* s'affirme le meilleur traitement de la schizophrénie, et aussi de divers délires et dysthymies en passe de chronicité. La méthode de Sakel (avec comas d'une heure), plus astreignante, plus dangereuse, se montre aussi plus efficace.

Comme il nous a fallu un assez long délai pour organiser l'insulinothérapie, comme ce service est restreint, la présente statistique ne comprend que 12 malades ainsi traitées : dix schizophrènes, une psychopathe paranoïde, une psychopathe paraphrène.

Sur les dix schizophrénies, cinq avaient été améliorées par l'électrochoc, cinq y avaient été réfractaires ou insuffisamment sensibles. L'affection évoluait depuis 3 à 8 ans. Il y eut une guérison, une grande amélioration, quatre améliorations moyennes, quatre améliorations légères. Quatre sorties.

La paraphrénie, déjà améliorée par l'électrochoc et l'électro-narcose alliés à la psychothérapie, fut maintenue par l'insulinothérapie dans un état qualifiable d'amélioration légère, que nous pourrions presque dire moyenne en raison d'une sortie durable. La malade délirait depuis cinq ans.

L'autre cas fut malheureux. La malade, paranoïde, 43 ans, délirante depuis 4 ans, avait été améliorée par l'électrochoc. Six mois après la dernière série fut instituée l'insulinothérapie. Au 9^e coma, obtenu avec 200 unités d'insuline, associée à l'hyalurodinase, la malade fit un œdème cérébral et pulmonaire suraigu, très vite terminé par la mort, malgré les traitements d'urgence.

Ce risque à courir mérite d'être assumé en raison du réel intérêt de la méthode. Il n'est évidemment pas de 8 % comme le donnerait à croire aux esprits chagrins notre trop petite série de cas. Rappelons que P. Polonio, par exemple, a comparé la mortalité globale dans un groupe de malades traités par l'insuline et dans un groupe non traité. Chez les schizophrènes, 13 % dans le premier cas, 31 % dans le second ; chez les maniaco-dépressifs,

4 % dans le premier cas, 18 % dans le second. Sakel n'avait sans doute pas tort de prôner des cures prolongées et répétées que, faute de locaux, de personnel, peut-être aussi de persévérance, nous n'avons guère coutume de pratiquer en France.

L'association d'électrochocs en fin de cure et de coma, comme l'avaient jadis souligné J. Rondepierre et J. Oulès, paraît souvent utile, surtout en cas d'inertie persistante.

4° Les *médications* chimiques rajeunies par des substances et des techniques nouvelles, marquent un apport thérapeutique important.

a) La *chlorpromazine* tend à devenir une panacée, les médecins témoignant toujours d'un irrésistible engouement pour les nouveautés thérapeutiques. En ce qui concerne les psychopathies chroniques, certaines publications américaines, suisses, françaises font état de succès plutôt étonnants. Nous en sommes encore loin. Remarquons aussi, en passant, que nous n'avons pas observé les effets hypotenseurs et hypothermiques accentués annoncés par la pharmacodynamie. Nous avons noté, d'une part, la facilité avec laquelle les malades supportaient le médicament, déambulant, voire s'agitant, sans accidents cardio-vasculaires ; d'autre part, des phénomènes d'accoutumance obligeant, chez certains malades, à augmenter la posologie ou à associer d'autres sédatifs.

Chez 76 de nos chroniques, nous avons employé la chlorpromazine seule pendant un ou plusieurs mois, aux doses de 100 à 300 mgr. *pro die* et *per os* (assez souvent aussi en injection intramusculaire, surtout au début du traitement). Résultats globaux : 3 % d'amélioration moyenne, 62 % d'amélioration légère courte, 35 % d'échecs. Dans le tiers des cas améliorés l'électrochoc fournit un bien meilleur résultat. Distinguons maintenant les formes psychopathiques.

Dans la schizophrénie (30 cas), il y eut 55 % d'échecs, avec prédominance dans la forme hétéro- ou catatonique ; 45 % d'amélioration légère, consistant en sédation de l'agitation, de l'opposition, parfois avec un meilleur contact, rarement avec reprise d'une activité adaptée. Dans trois cas, comptés parmi les échecs, il y eut aggravation (renforcement de l'autisme, retour du gâtisme). La chlorpromazine n'a pas produit l'effet stimulant et liquidateur que détermine l'électrochoc, lequel compte 30 % d'échecs au lieu de 55 %, 65 % d'amélioration légère contre 45 %, et quelques améliorations moyennes.

Très différents sont les résultats tout récemment apportés par H. Steck par exemple, qui obtint 33 % de succès (avec sortie) sur

309 malades, la plupart réputés schizophrènes. Cet auteur obtint également 50 % de syndrome extra-pyramidal, toujours réversible, paraît-il. Des réserves nous paraissent s'imposer quant au diagnostic de schizophrénie, nosologiquement entendu au sens large, et, quant à la posologie massive (600 mgr.), qui risque d'ouvrir une voie dangereuse aux complications nerveuses du traitement.

De même, J. Laboucarié, A. Rascol, L. Benichou rapportent 12 cas de schizophrénie traités par la chlorpromazine. Mais, dans 4 cas, la maladie ne dépasse pas six mois d'évolution ; dans 5 cas elle dure depuis un à trois ans, et le médicament fut plus ou moins associé à l'électrochothérapie ; dans 3 cas, elle évolue depuis plus de 5 ans, et la chlorpromazine échoue.

Les délires chroniques (34 cas) réagirent mieux avec 75 % d'amélioration légère et 25 % d'échec, mais sans fournir les grandes et moyennes améliorations produites par l'électrochothérapie. La sédation de l'anxiété, la dévalorisation affective du délire, l'atténuation des phénomènes hallucinatoires que procure la chlorpromazine, présentent un intérêt certain, quoique plus limité que d'aucuns l'ont cru. En cours de traitement, l'amélioration étant obtenue, nous avons assez souvent observé l'éclosion de paroxysmes délirants, hallucinatoires ou non, qui exigeaient l'adjonction d'autres sédatifs chimiques ou de l'électrochoc.

Modérés et prudents dans leurs conclusions, J. Sigwald et M. Henne ne retiennent qu'un cas de guérison (observation 3), lequel n'est peut-être pas guéri (trois mois de recul après une légère rechute), et, n'était pas encore assurément chronique (deux ans d'évolution). Sur les 7 observations de chroniques, 3 seulement le sont suivant notre définition. Dans les 3 cas dits subaigus, la guérison ne paraît pas sûre dans deux cas, et dans le troisième (délire induit), l'amélioration ne semble pas devoir être mise à l'actif du seul médicament.

Dans les troubles thymiques chroniques (8 cas), nous avons eu 3 échecs, 4 améliorations légères, une amélioration moyenne. Résultats meilleurs dans les états excitatifs que dans les dépressifs. Dans deux cas de manie, l'amélioration était plus grande avec l'électrochoc pour l'un, le citrate de lithium pour l'autre.

Amélioration légère dans deux cas de névrose, aggravation dans un troisième. Amélioration légère dans deux cas d'épilepsie (barbituriques associés).

b) En *association*, la chlorpromazine rend sans doute davantage de services, quoique nous n'ayons pas toujours constaté l'effet potentialisateur attendu.

Associée avec le 3277 R.P., avec des barbituriques, avec du citrate de lithium, elle permet un traitement efficace des états excitatifs, sans qu'il s'agisse du tout d'une mise en sommeil ni d'une prétendue hibernation.

Nous l'avons associée à l'insuline de deux manières : 1° Dans la cure de Sakel, une injection intra-musculaire de 50 mgr. peu après l'injection d'insuline, procure un endormissement et un réveil plus calmes, sinon plus rapides, et réduit peut-être le risque de réactions œdémateuses. Pas d'hypothermie aggravée ni de collapsus cardio-vasculaire. 2° A défaut de cure de Sakel, l'injection simultanée de 50 unités d'insuline, ou de 20 unités (selon la sensibilité du sujet), et de 50 mgr. de chlorpromazine, peut donner quelques résultats aux moindres risques. Mais nous ne préconisons pas le remplacement de la cure de Sakel par cette méthode, que l'on pourrait appeler « chlorinsulinothérapie ».

Associée à l'électrochothérapie, la chlorpromazine peut être prescrite simultanément, et à doses plus faibles, ou postérieurement et dans l'intervalle des séries, dans l'espoir de mieux maintenir le résultat obtenu et de réduire le nombre de chocs.

Ce médicament à usages multiples permet parfois d'éviter ou de limiter davantage l'emploi des méthodes de choc, sans pouvoir remplacer celles-ci dans l'ensemble des cas. Il masque souvent les symptômes plus qu'il modifie en profondeur les structures morbides. D'autres produits chimiques s'annoncent (rèserpine, C.H. 36...) qui ne sonnent nullement le glas des méthodes de choc comme le voudraient par trop vite L. Fouks, Lainé, Grimaud et Dariotis, par exemple.

c) La chlorpromazine figure maintenant dans le mélange médicamenteux appelé, en terme technique, « cocktail », et scientifiquement qualifié de « lytique », « neuroplégique », « psychoplégique », « narcobiotique »... On conçoit qu'il fasse merveille dans *la cure de sommeil*. Bien qu'elle soit fort à la mode et mise à toutes les sauces doctrinales et thérapeutiques, elle n'en constitue pas moins une méthode utile.

La cure de sommeil (trois semaines à un mois, 20 heures de sommeil par jour quand tout va bien) fut appliquée à 8 malades seulement : deux schizophrènes, deux paranoïdes, une délirante hallucinée paranoïaque, deux maniaco-dépressives, une névropathe. Résultats : une grande amélioration pendant deux mois dans une manie chronique (observation 18) ; une amélioration légère courte dans les deux schizophrénies (6 ans et 11 ans d'évolution), une psychose paranoïde (4 ans d'évolution), une psy-

chose hallucinatoire paranoïaque (5 ans d'évolution) ; un échec dans une mélancolie chronique vieille de dix ans, et dans une névrose évoluant depuis trois ans. Enfin, un décès.

Il s'agissait d'une femme de 42 ans, atteinte, depuis 12 ans, d'une psychose paranoïde. Au 6^e jour de la cure, elle présenta une péritonite suraiguë, avec shock et mort avant que fût possible une intervention chirurgicale. A l'autopsie, large perforation gastrique avec aspect hémorragique de la muqueuse ulcérée. L'examen histologique révéla un épithélioma. Nous avons alors suspecté un effet congestif local de la chlorpromazine, administrée à la dose de 100 mgr. Si l'on devait admettre ce rôle du médicament, ce serait à titre d'adjuvant. Plus important a sans doute été le rôle de la cure elle-même, qui a masqué les premiers symptômes de la perforation et fait perdre un temps précieux. Il convient de penser à ce possible camouflage par la narcothérapie des symptômes d'un processus aigu intercurrent.

d) Le *citrate ou le carbonate de lithium* mérite une mention en tant que sédatif de certaines excitations. Des doses de 2 ou 3 gr. sont nécessaires pour maintenir un résultat qui disparaît avec l'arrêt du traitement. Cette substance n'est pas toujours bien supportée (troubles digestifs, tremblement).

5° Notre groupe comprend seulement cinq malades antérieurement traitées par la *neurochirurgie* : une topectomie, quatre lobotomies.

La *topectomie*, bilatérale (aires 9 et 10), concerne une épileptique de 30 ans, malade depuis 18 ans, ayant des crises convulsives violentes et une agressivité grave, mais sans signes locaux, cliniques ni électro-encéphalographiques. L'intervention n'était pas indiquée. Résultat : disparition de l'agressivité, mais recrudescence des crises convulsives et des absences, mentisme. Le traitement médical a bien agi sans toutefois juguler entièrement les phénomènes paroxystiques. Recul de deux ans.

Les quatre *lobotomies* intéressent : deux démentes précoces ; l'une, opérée à la 5^e année, est redevenue opposante, inerte et gâteuse, mais réagit à l'électrochothérapie, après 10 ans d'évolution. L'autre, opérée tôt, à la 2^e année, bénéficie, avec un recul de deux ans, d'une amélioration moyenne, sous réserve de deux courtes rechutes de type hypomaniaque, curables. Légère moria, léger déficit intellectuel, vit en famille. Une psychose paranoïde, vieille de 19 ans, opérée, recul de deux ans, peut être considérée en état d'amélioration moyenne (délire résiduel, léger déficit, vit en famille). Une psychose hallucinatoire, opérée à la 5^e année, a été

considérée comme guérie sans recul suffisant, et sans que nous en ayons eu de nouvelles plus tard.

La méthode chirurgicale, dont le principe même ne nous séduit guère, n'en possède pas moins ses indications et ses succès. Rappelons seulement, comme le disent avec raison J. Laboucarié, Barrès et André, qu'il faut apprécier à leur valeur les résultats « différés » et les résultats « entretenus » par l'électrochoc après lobotomie.

6° La *psychothérapie*, dès qu'elle devient applicable, est incontestablement indispensable, sous une forme ou sous une autre, nous devrions dire sous toutes les formes.

La *psychothérapie simple*, individuelle, peut déjà beaucoup, mais elle exige un effort personnel et persévérant de la part du médecin (observations 10, 12 par exemple). Les visites familiales, les petites sorties sont à la fois des tests cliniques et des essais thérapeutiques (1).

La *psychanalyse*, la psychothérapie d'inspiration psychanalytique pourraient être plus souvent essayées, malgré d'indéniables difficultés. L'échec de la psychanalyse n'empêche pas de se produire des réactions psychologiques parfois utiles et utilisables.

Même chez les chroniques la *narco-analyse* joue parfois un rôle utile. En dehors de « l'analyse », la narcose intraveineuse possède déjà un double effet : organique, par la fixation élective de la substance sur les lipoïdes des cellules cérébrales ; et psychologique par le contact établi, l'intérêt, l'émotion suscitée, avec ou sans catharsis, ou « abréaction ». Une narcose peut suffire à déclencher cette rupture de l'univers morbide, dont nous avons parlé à propos des modes de guérison. En voici une observation prise dans notre précédent service.

OBSERVATION 19. — Il s'agissait d'une femme de 58 ans, internée depuis de nombreuses années. Elle se trouvait dans un état apparemment démentiel et restait parquée dans le quartier des agitées. Légère agitation, aucun contact, stéréotypies motrices et verbales ; dès qu'on l'approchait, elle faisait un pied-de-nez et clamait : « La merde-con ! ». L'absence de signes neurologiques, le trait un peu ludique du comportement, surtout la notion retrouvée dans le dossier d'antécédents

(1) Il y faut du bon sens et ne point imposer aux gens normaux un inutile calvaire. Exemple : une pauvre femme, obligée de travailler beaucoup, perdait un et parfois deux jours par semaine pour voir sa fille, démente avérée, dépourvue de tout contact, dans le vain espoir du miracle prédit. Cela durait depuis plus de deux ans. Cette femme était moralement et physiquement épuisée, sans qu'il en résultât aucun bénéfice pour la malade.

maniaco-dépressifs, nous incita à pratiquer, à titre expérimental, une simple narcose. Au cours de celle-ci, la malade n'exprima pas grand-chose. Mais aussitôt après disparurent les stéréotypies, la malade devint calme, lucide, et reprit très vite un contact et une activité valables. Elle était guérie, sans séquelles notables. Elle l'est restée depuis six ans à notre connaissance, et vivait normalement dans sa famille.

Rapprochons de cet exemple la malade maniaco-dépressive demeurée chroniquement hypomane, que nous avons citée parmi les guérisons spontanées. Il a suffi que nous la fissions opérer d'un cancer du sein pour qu'elle devint normale, après une phase asthénique post-opératoire. Résultat maintenu depuis un an. Ce sont l'anesthésie générale, le choc opératoire avec ses modifications neuro-endocriniennes, le changement de milieu, qui ont agi. L'émotion préalable ne saurait être retenue, car la malade n'en eut pas : elle accepta l'intervention avec une franche bonne humeur et une sérénité anormales. Quant à l'hypothèse d'une sécrétion mammaire ou tumorale hyperthymique chez cette femme depuis longtemps ménopausée et depuis longtemps hypomane, elle est trop gratuite pour être discutée.

L'émotion a joué seule dans le cas suivant. Une malade, tenue pour schizophrène, s'occupait presque normalement, mais conservait un mutisme complet. Nous nous proposons de pratiquer une narcose quand, un matin, la malade nous parla d'elle-même. La veille, les infirmières l'avaient (à tort) « menacée » de l'électrochoc nouvellement appliqué, avec succès, dans la division. Résultat maintenu depuis un an et demi.

L'organisation thérapeutique du *travail*, des *occupations*, est d'importance considérable pour les chroniques, plus encore que pour les aigus. Daumézon, Sivadon, Le Guillant, etc..., ont montré quel parti l'on en pouvait tirer avec les moyens assez réduits qui nous sont dévolus en France. Couture, tissage, dessins, peinture, lecture ; ping-pong, jeux de société ; cinéma, radio, télévision ; arbre de Noël, sont des fragments d'un système encore mal développé et mal articulé. Néanmoins, la constitution de groupes et l'intégration sociale sont sollicitées ; bien des malades en ont déjà nettement bénéficié, malgré l'absence d'une structure d'ensemble rationalisée. Il serait peu utile et trop long d'en citer des exemples.

7° *Convergence thérapeutique et polythérapie.* — Comme pour les malades aigus, il n'y a pas qu'un seul type de traitement valable chez les chroniques. Fût-il même étiologique qu'il ne suffirait point, car le déterminisme psychopathique est presque toujours

complexe, à plusieurs dimensions. En conséquence, pas de traitement unique et linéaire, mais des traitements multivoques et convergents. Le malade doit être traité physiquement, psychologiquement et socialement. Ce principe, clair et très banal, souffre de difficultés nombreuses dans son application, qui supporte elle-même plusieurs manières.

Quand nous parlons de *polythérapie*, nous évoquons deux aspects distincts : l'un répond à l'emploi successif ou combiné de divers moyens d'un même type (exemple : électrochoc, cardiazol et insuline ; hormonothérapie et sédatifs chimiques) ; l'autre correspond à l'usage successif ou simultané de moyens de nature différente (exemple : électrochoc et psychothérapie ; cure de Sakel et ergothérapie ; narco-analyse, chimiothérapie et occupationalthérapie). Dans le premier cas, la polythérapie est monovalente, dans le deuxième, elle est polyvalente, dirons-nous. Ni l'une ni l'autre ne tolèrent le désordre ou le chaos. Elles exigent, l'une et l'autre, des idées directrices, une ligne de conduite appropriée à chaque cas.

La polythérapie *monovalente* doit être longtemps pratiquée et même épuisée. Trop souvent, on se contente d'une ou deux séries d'électrochocs, de 30 comas insuliniques ou d'une cure de sommeil. Si la maladie refuse de guérir, on abandonne le malade à la nature plus oublieuse que médicatrice. Certes, il faut traiter le plus précocement possible ; mais il faut aussi traiter le plus longtemps possible. Chaque malade chronique devrait presque avoir son plan quinquennal thérapeutique ! On méconnaît trop le fait qu'un traitement aux résultats inapparents a néanmoins modifié de quelque manière l'organisme, et pu l'avoir préparé favorablement à l'action répétée du même traitement, ou d'un autre.

Non moins indispensable, la polythérapie *polyvalente* met en œuvre un éventail de moyens convergeant vers la guérison ou la réadaptation sociale du malade. Trop souvent encore, l'application d'un traitement dit biologique ou étiologique dispense le malade, et surtout le médecin, de l'effort psychothérapique pourtant nécessaire. Inversement, d'insuffisantes psychothérapies ou de prétendues psychanalyses privent le malade d'un traitement plus utile ou plus urgent. Il faut saisir à bon escient « l'opportunité thérapeutique ». La pluralité des plans et des moyens d'action ne signifie nullement l'inconstance et la dispersion dans l'application thérapeutique. Par exemple, telle schizophrène de 30 ans, malade depuis six ans, fut traitée sur un premier plan par : cure de sommeil, deux séries d'électrochocs et traitement hormonal,

chimiothérapie, 32 comas insuliniques, chimiothérapie, 22 comas insuliniques, chimiothérapie ; et, sur un deuxième plan combiné, par : psychothérapie simple continue, occupationalthérapie intermittente, essai psychanalytique. Sur 16 mois, il y eut 6 mois de rémission, dont deux mois de sortie (sans compter les petites sorties hebdomadaires).

Graves peuvent être les erreurs dans l'opportunité historique des traitements choisis. Abandon de la psychothérapie (psychoanalyse, ergothérapie) chez un malade qui serait devenu accessible s'il avait d'abord subi l'électrochothérapie ou l'insulinothérapie ; échec d'une cure de Sakel ou d'une lobotomie faute d'une psychothérapie associée ; manque de progressivité dans le choix des moyens, de leur valeur et de leur gravité ; usage précipité et incomplet de multiples traitements dont aucun n'est appliqué à fond et avec plein effet, ce qui les discrédite tous et laisse le malade maltraité. Combien de fois n'entend-on pas dire : « On a essayé tous les traitements ! ». Oui, mais on les a tous mal faits. Et le temps a passé, la maladie a évolué, l'efficacité avec l'opportunité thérapeutique a disparu.

8° Nous ne saurions terminer sans dire un mot de quelques *incidences médico-sociales*.

a) La mise en œuvre thérapeutique d'un service de chroniques reste une création continue. Pour qu'elle continue, il lui faut se soutenir de l'illustration immédiate des traitements appliqués et des succès obtenus chez les malades non chroniques. De plus, on le sait bien, le malade aigu peut devenir chronique, le chronique redevenir aigu.

Cela condamne la conception d'une ségrégation catégorique des malades dits chroniques, et d'une arbitraire et nuisible division des psychiatres en « médecins d'aigus » et « médecins de chroniques ». Pour le médecin, pour l'infirmier, pour le malade doit seule être retenue la conception unitaire, avec son polymorphisme interne, psychopathique et thérapeutique. Au minimum, un service d'aigus devrait avoir son enclave de chroniques, un service de chroniques son enclave d'aigus.

b) La psychothérapie bien comprise ne saurait être astreinte à une tutelle administrative trop impérative et routinière. Aussi, à tout service « fermé » devrait être adjoint un service « ouvert », qui donnerait d'heureuses surprises, sans aller peut-être jusqu'aux conséquences logiques de l'expérience provinciale relatée par S. Follin.

c) Le « problème de la sortie » exigerait d'amples développements et nous conduirait à l'examen du système de la post-cure, en voie d'organisation dans certaines régions. A l'heure actuelle, pour la plupart, nous avons des malades chroniques très améliorés, des infirmes mentaux rééduqués ou davantage rééducables, qu'en faisons-nous ? Nous les gardons avec et comme les autres. Nous aboutissons à ce paradoxe d'avoir, au prix de nombreux efforts, obtenu des résultats qui ne servent pratiquement à rien. Nous avons conduit le malade jusqu'à la sortie du labyrinthe asilaire, mais interdiction lui est faite d'en franchir le seuil !

Parce que, à défaut d'une famille secourable, nous manquons alors, selon les cas : d'un hospice, d'un placement hétéro-familial, d'une maison de convalescence pour malades mentaux, — sur l'intérêt de laquelle M. Leconte et S. Pellier ont récemment insisté —, d'une organisation professionnelle à rendements fractionnaires et salaires réduits. L'expérience pourtant très restreinte rapportée dans le présent travail nous permet d'affirmer que nous aurions pu sortir moitié plus de malades si le problème de la sortie ne s'était trop souvent révélé insoluble.

Nous pourrions adopter la maxime taciturne : « Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer. ».

VII. — CONCLUSIONS

Cette étude autorise quelques conclusions générales d'ordre pronostique et thérapeutique.

a) Au point de vue du pronostic.

1° Au-delà de trois ans d'évolution, la psychopathie doit être définie comme chronique.

2° Si la chronicité ne saurait être confondue avec l'incurabilité, on doit cependant constater qu'après cinq ans d'évolution cette dernière est très probable, et après dix ans, presque certaine.

L'évolution spontanée n'aboutit à la guérison que d'une manière dérisoire : de l'ordre de 1 % des cas dans la schizophrénie et les délires chroniques, de 5 % dans les manies des mélancolies chroniques ; à une amélioration légère ou un enkystement que dans 10 % des schizophrénies, 15 % des délires chroniques, 50 % des dysthymies.

3° Le pronostic intellectuel est évidemment le plus mauvais dans les formes déficitaires de la schizophrénie. Il s'avère nettement meilleur dans les psychoses de structure paranoïaque que

dans celles de structure paranoïde ; meilleur encore dans les psychoses dépourvues de phénomènes d'automatisme mental. Les troubles thymiques chroniques évoluent souvent vers un état déficitaire.

4° La démence sénile paraît atteindre le quart des psychopathes chroniques, environ la soixantaine d'âge.

5° Le « laisser-faire, laisser... trépasser », l'interminable attente armée de purs symboles thérapeutiques et de vains espoirs répondent peut-être à une attitude esthétique, sûrement pas à une attitude médicale et efficace en quelque mesure.

b) Au point de vue thérapeutique.

1° Dans le groupe de malades chroniques graves traitées, il y eut 13 % de sortie valable. Il eût pu y en avoir 20 %, si les conditions d'existence à l'extérieur avaient été meilleures ou mieux organisées.

2° En général, les améliorations les plus grandes sont aussi les plus durables.

3° La présence de troubles thymiques constitue un facteur plutôt favorable qui doit inciter systématiquement à l'essai d'un traitement actif.

4° Le traitement des malades chroniques exige, sinon du génie, du moins une longue patience. Convergence thérapeutique et polythérapie, continuité et persévérance de l'action thérapeutique sont indispensables.

Quoique limités, nos moyens actuels seraient sans doute plus efficaces si nous les utilisions d'une manière plus rationnelle, plus étendue et plus prolongée. A maladie chronique, traitement chronique.

5° L'erreur serait grande et funeste d'opposer entre elles les diverses méthodes thérapeutiques, et d'en proscrire certaines d'une manière systématique. Elles se complètent selon les cas et selon l'opportunité thérapeutique.

Convenablement appliquées, l'électrochothérapie et l'insulinothérapie restent efficaces et très utiles. Elles ne sauraient encore être remplacées par la chimiothérapie, dont les nouveautés figurent du reste un appoint très intéressant, capable de progresser dans l'avenir. L'attente des méthodes de demain ne dispense, en aucun cas, de l'usage des méthodes d'aujourd'hui, ni même de quelques-unes d'hier.

La psychothérapie sous toutes ses formes devrait être l'armature thérapeutique d'un service de chroniques ayant pour visées permanentes la réhumanisation et la resocialisation des malades, avec ou sans véritable guérison.

6° En matière thérapeutique, ne soyons pas plus sceptiques que ne nous y autorise une sévère et indispensable critique méthodologique. C'est déjà suffisant.

REFERENCES

- ABÉLY (Paul). — De l'emploi rationnel de la cortisone et de l'A.C.T.H. dans le traitement de certains cas de schizophrénie. *Congrès des aliénistes*, Liège, juillet 1954.
- ABÉLY (Xavier), DELTHEIL et SCHMITZ. — Délire hallucinatoire chronique évoluant depuis 60 ans. *Annales médico-psychologiques*, 1951, I, p. 322.
- BARUK (Henri). — La chitamnée. *Evolution psychiatrique*, 1954, p. 177.
- LAUNAY (C.) et LELORD (G.). — Etude sur l'action thérapeutique du 4560 R.P. dans les états d'excitation et d'agitation impulsive. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II.
- et ZAPHIROPOULOS (M.-L.). — La guérison dans les états dits de démence précoce en dehors des thérapeutiques de choc. *Annales médico-psychologiques*, 1939, I, p. 917.
- BARRÈS (P.), EY (H.) et LABOUCARIÉ (J.). — L'évolution des schizophrénies. *Evolution psychiatrique*, 1953, p. 239.
- BERNARD (Paul). — La réadaptation sociale dans les hôpitaux psychiatriques en Angleterre et en Ecosse. Centre d'édition psychiatrique, 1954.
- BOUREAU (J.). — La curarisation en convulsivothérapie. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, p. 712.
- CARRÈRE (J.) et Mlle POCHARD. — Le citrate de lithium dans le traitement des syndromes d'excitation psychomotrice. *Annales médico-psychologiques*, 1954, I, p. 570.
- COSSA (P.) et BOUGEANT. — Résultats éloignés de la cure de Sakel dans les états schizophréniques. *Annales médico-psychologiques*, 1942, II, p. 42.
- Thérapeutiques dites agressives en neuro-psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, 1949, I, p. 225.
- DAUMÉZON (G.). — Le médecin ne peut punir. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, p. 231.
- et DENIS. — Note sur le pronostic des états mélancoliques. *Annales médico-psychologiques*, 1954, I, p. 349.
- DAVID (M.), SAUGUET (J.), HÉCAEN (H.) et TALAIRACH (J.). — Résultats d'une enquête sur 78 interventions de psycho-chirurgie avec recul opératoire d'un an. *Revue neurologique*, 1953, II, n° 1.
- DELAY (Jean). — *Méthodes biologiques en clinique psychiatrique*, Masson, 1950.
- BERTAGNA (L.) et LAURAS (A.). — A.C.T.H. et cortisone en psychiatrie. *Annales médico-psychologiques*, 1954, I, p. 570.

- DENIKER (P.) et TARDIEU (Y.). — Hibernothérapie et cure de sommeil en thérapeutique psychiatrique et psycho-somatique. *Presse médicale*, 19 septembre 1953.
- et Mlle LAMPÉRIÈRE (Th.). — Premiers essais en thérapeutique psychiatrique de la réserpine, alcaloïde nouveau de « Rauwolfia Serpentina ». *Congrès des aliénistes*, Liège, juillet 1954.
- et HARL (J.-M.). — Utilisation en thérapeutique psychiatrique d'une phénothiazine d'action centrale élective (4560 R.P.). *Annales médico-psychologiques*, 1952, II, p. 112.
- DELMAS-MARSALET (P.). — Les thérapeutiques de choc. *Premier congrès mondial de psychiatrie*, Paris, 1950, Hermann, 1952.
- DESHAIES (Gabriel). — Les contre-indications de l'électrochothérapie. *Annales médico-psychologiques*, 1950, II, p. 303.
- et Mlle PELLIER (S.). — Les accidents de l'électrochothérapie. *Annales médico-psychologiques*, 1950, II, p. 607.
- et Mme LE POURHIET (M.). — L'encéphalo-pneumothérapie. *Annales médico-psychologiques*, 1951, II, p. 280.
- EY (Henri). — *Etudes psychiatriques*, Desclée de Brouwer, 1948, 1949.
- et Mme BONNAFOUS-SÉRIEUX. — Etude clinique et considérations nosographiques sur la démence précoce. *Annales médico-psychologiques*, 1938, II, p. 151 et 360.
- et BURQUET (J.). — Action des électro-chocs dans la psychose maniaco-dépressive et dans la mélancolie d'involution. *Annales médico-psychologiques*, 1952, I, p. 214.
- et BÉRARD (E.). — Les nouvelles techniques de cure de sommeil dans la pratique psychiatrique. *Evolution psychiatrique*, 1952, p. 661.
- Contribution à l'étude des relations des crises de mélancolie et des crises de dépression névrotique. *Assemblée des sociétés de psychanalyse et de l'Evolution psychiatrique*, 21 novembre 1954.
- FERGUS (A.). — Rapport sur le traitement électro-convulsif de 102 schizophrènes anciens. *The Amer. Journ. of Psych.*, décembre 1952, p. 439.
- FOLLIN (S.). — L'internement pourrait être l'exception. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, p. 88.
- FOUKS (L.), LAINÉ, GRIMAUD et DARIOTIS. — La fin des thérapeutiques de choc et l'avènement des nouvelles thérapeutiques actives. La CH 36 et les formules dérivées. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, p. 761. — La réserpine. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, p. 764.
- FREEMAN (W.). — Degrés des gains acquis après lobotomie ; étude de mille cas. *The Amer. Journ. of Psych.*, octobre 1953.
- FROMENTY (L.). — Les rémissions dans la schizophrénie. *Encéphale*, 1937.
- GUYOT (P.). — Injections intra-cérébrales. Résultats thérapeutiques obtenus en trois ans. *Annales médico-psychologiques*, 1954, I, p. 367.
- LABOUCARIÉ (J.), RASCOL (A.) et BÉNICHOU (L.). — L'action de la chlorpromazine dans la schizophrénie. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, p. 751.
- BARRÈS (P.) et Mlle ANDRÉ (H.). — Résultats thérapeutiques différés et résultats entretenus après lobotomie. *Annales médico-psychologiques*, 1954, I, p. 574.
- LEBOVICI (S.). — Contribution psychanalytique à la compréhension et au traitement de la mélancolie. *Assemblée des sociétés de psychanalyse et de l'Evolution psychiatrique*, 21 novembre 1954.

- LECONTE (Maurice) et DAMEY (Alfred). — *Essai critique des nosographies psychiatriques actuelles*, Doin, 1945.
- et Mlle PELLIER (S.). — Les questions de logement dans la pratique psychiatrique actuelle à travers les données du socio-diagnostic. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, p. 97.
- MALLET (J.). — La dépression névrotique. *Assemblée des sociétés de psychanalyse et de l'Évolution psychiatrique*, 21 novembre 1954.
- MASSON (A.), RAPPART (P.) et DAMEY (Ed.). — L'électrochocthérapie intensive chez les délirants chroniques. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, p. 40.
- MEDUNA (Von L.). — Traitement de la schizophrénie par le cardiazol. *Annales médico-psychologiques*, 1939, I, p. 546.
- NEVEU (P.) et ROYER (R.). — Intérêt de l'insulinothérapie prolongée dans la cure des schizophrénies anciennes. *Annales médico-psychologiques*, 1951, II, p. 593.
- POLONIO (P.). — L'insuline et l'insuline-cardiazol dans les maladies mentales. *Premier congrès mondial de psychiatrie*, Paris, 1950, IV, p. 194.
- RACAMIER (P.-C.) et BAUDRAND (C.). — Les cures prolongées et continues de chlorpromazine à l'hôpital psychiatrique. *Congrès des aliénistes*, Liège, 1954.
- RÉGIS (E.). — *Précis de psychiatrie*, Doin, 1923.
- ROBERT (Jean). — La guérison tardive des maladies mentales. *Rapport au congrès des aliénistes et neurologistes*, Paris, 1925.
- RONDEPIERRE (J.) et OULÈS (J.). — Les associations insuline-choc. *Annales médico-psychologiques*, 1950, I, p. 165.
- HIVERT (P.) et HUGELIN (A.). — Electronarcose et méthodes similaires. *Évolution psychiatrique*, 1952, p. 123.
- SAKEL. — Schizophrénie. *Premier congrès mondial de psychiatrie*, Paris, 1950.
- SIVADON (P.). — Le centre de traitement et de réadaptation sociale de Ville-Evrard. *Annales médico-psychologiques*, 1949, I, p. 166.
- ALIZON (J.) et LE GALLOIS (P.). — Rémission obtenue et entretenue à volonté chez les déments précoces anciens par les électro-chocs appliqués à un rythme convenable. *Annales médico-psychologiques*, 1953, II, p. 661.
- STEEK. — Le syndrome extra-pyramidal et diencephalique au cours des traitements au largactil et au serpasil. *Annales médico-psychologiques*, 1954, II, p. 737.
- STRINGHAM (J.-A.). — De la mise en liberté des malades neuro-psychiatriques chroniques. *The Amer. Journ. of Psych.*, 1952, p. 924.
- THIÉBAUX (M.), THIÉBAUX (R.), ROYER (R.), LEBORGNE (F.) et KIFFEL (M.). — Note sur l'apparition des troubles extra-pyramidaux au cours du traitement par le 4560 R.P. *Réunion psychiatrique de Strasbourg-Nancy*, 3 avril 1954.
- WINKELMAN (N. W.). — Traitement des affections neuro-psychiatriques par la chlorpromazine. *The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, mai 1954, p. 18.
- ZAPHIROPOULOS (M.-L.). — La guérison dans les états dits de démence précoce. *Thèse de Paris*, 1939.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séance du 14 mars 1955

*(tenue à l'hôpital de la Salpêtrière
dans le service du professeur agrégé L. MICHAUX)*

Présidence : M. Paul ABÉLY, président,

PRÉSENTATIONS

Démence précocissime fruste signée par l'apparition d'un automatisme mental après puberté (*présentation de malade*), par MM. L. MICHAUX, H. FLAVIGNY et M. BEUCHER.

On sait la pauvreté de la symptomatologie dans la démence précocissime. Il ne faut pas compter ici sur un délire, des hallucinations, un syndrome de dépersonnalisation : ces éléments sont en effet d'une très grande rareté. Le diagnostic, habituellement difficile, se fait sur l'apragmatisme, le désintérêt, se traduisant par l'abaissement du rendement scolaire et les troubles du caractère à base d'impulsivité, d'interprétation fort délicate. Bien souvent, le diagnostic reste hypothétique.

Tel fut le cas de l'observation que nous rapportons. Chez un enfant qui fut toujours peu actif, peu expansif, de type schizoïde, à rendement scolaire réduit, s'est manifesté, à l'âge de 10 ans, après un incident impulsif, une réaction d'expiation avec automutilation. Cet épisode fut isolé et sans lendemain. Le diagnostic restait impossible jusqu'à la puberté, où l'apparition d'un syndrome d'automatisme mental très complet éclaira rétrospectivement le diagnostic de *démence précocissime évoluant sur un fond schizoïde*.

OBSERVATION. — L'enfant Lucien M..., âgé de 14 ans 1/2, entre dans le service pour fugues répétées, ayant débuté il y a quatre mois.

Dans les antécédents familiaux du malade, il n'y a rien de particulier à noter, sinon que le père, lieutenant-aviateur, qui a abandonné la mère avec qui il n'était pas marié, lorsqu'il apprit qu'elle était enceinte, est décrit

par cette dernière comme ayant été de caractère très renfermé, peu bavard et aimant la solitude.

La mère eut une grossesse normale, mais était extrêmement déprimée par son état, qui lui apparaissait comme une « catastrophe ». L'enfant, normal à la naissance, fut allaité pendant huit jours et ne resta avec la mère que pendant un mois, celle-ci étant obligée de reprendre son emploi de serveuse dans un restaurant. La mère envoya alors son fils au Havre chez ses anciens patrons, qu'elle décrit comme très gentils, peut-être un peu trop indulgents, laissant faire à l'enfant tout ce qu'il voulait. Elle a toujours entretenu avec eux d'excellents rapports, mais reconnaît s'être parfois montrée jalouse de l'affection que l'enfant leur portait.

Le premier développement psycho-moteur est absolument normal, la propriété précoce (sans que la mère puisse en préciser la date). Il a peu de maladies infantiles, jamais de convulsions.

Il reste chez ses parents nourriciers jusqu'à l'âge de 6 ans, et est ensuite repris par sa mère, à Paris, où il reste jusqu'à 12 ans. Il commence à aller en classe, et le rendement scolaire est mauvais.

À 12 ans, à la suite du virage de sa cuti-réaction, il passe huit mois en préventorium, puis demande à retourner au Havre. Il va à l'école jusqu'à la classe du certificat, mais ne s'y présente pas. Repris par la mère, il rentre à Paris, en octobre 1954. Il refuse d'aller en classe, trouve une place chez un bijoutier, où il ne reste que huit jours, et n'a plus aucune activité régulière jusqu'à son entrée dans le service, en janvier.

Le début des troubles est extrêmement difficile à préciser, tout d'abord, car il n'a pas vécu avec la mère jusqu'à l'âge de 6 ans, et surtout parce que ce début semble avoir été extrêmement progressif.

Il a toujours été un enfant facile, trop facile, et trop sage, selon la mère. Nourrisson, il n'a jamais pleuré. Il fut ensuite un enfant doux, sage et obéissant, chez ses parents nourriciers.

Lorsqu'il commença à fréquenter l'école à Paris, son comportement fut le même : élève sage, qui « suivait la foule », ne se faisant pas de camarades. Il semble n'en avoir jamais eu qu'un seul, au Havre. Son travail fut toujours médiocre, car il s'en désintéressait complètement : il préférerait rester avec sa mère. Il était souvent bousculé par ses camarades parce qu'il ne voulait pas participer à leurs jeux. Battu, il ne se défendait pas. Il préférerait se distraire en regardant des images et des journaux illustrés, ou en se promenant seul dans les rues de Paris, qu'il n'a jamais aimé. Il préfère la campagne, où l'on peut se sentir « plus seul ».

Il n'a jamais envie de rien. Lorsque sa mère l'emmène dans un magasin pour lui offrir quelque chose, il ne sait jamais quoi choisir. Quand le cadeau lui est offert, il ne manifeste aucune joie.

Sa mère se souvient d'un incident, qu'elle qualifie de bizarre, survenu lorsque l'enfant avait 10 ans environ. Elle avait emmené son fils en visite chez une amie qui avait elle-même un fils un peu plus jeune que lui, et qui s'amusait avec des poupées en mastic. Sans aucune raison apparente, et sans aucune provocation de la part de l'autre enfant, il détruisit complètement ces poupées. Comme punition, la mère le renvoya chez lui, lui disant qu'elle le rejoindrait plus tard. Quand elle rentra chez elle, une demi-heure plus tard, environ, elle le trouva couvert de griffes, qu'il s'était infligées lui-même. Il prétendit d'abord que ces griffes étaient dues à un chat, mais, devant l'insistance de sa mère, il reconnut la vérité, sans pouvoir donner aucune explication à son comportement.

Quant aux troubles qui ont motivé son hospitalisation, les fugues, au nombre de cinq, sont d'apparition beaucoup plus récente. Un matin d'octobre 1954, alors qu'il venait de rentrer à Paris, chez sa mère, et qu'il travaillait chez un bijoutier depuis huit jours, il prit le train gare Saint-Lazare au lieu de se rendre à son travail, désirant aller au Havre, qu'il préfère à Paris, chez ses parents nourriciers, qu'il préfère à sa mère. Il n'a pas assez d'argent pour aller plus loin que la grande banlieue, mais il continue à pied et dépasse Pontoise. Sur la route, il attire l'attention de paysans, qui l'emmènent à la police. Ramené à sa mère, il lui dit qu'il voudrait vivre au Havre. Sa mère l'y envoie, il travaille quinze jours chez un boulanger et fait une fugue d'un caractère différent des quatre autres. Il perd 1.000 francs, n'ose pas rentrer chez ses patrons, et se réfugie à la campagne chez des amis.

Il rentre à Paris, à nouveau, sa mère lui trouve du travail chez un boulanger. Il fugue une troisième fois. Il va aux Halles, fait de « l'auto-stop » jusqu'à Dieppe, va au Havre à pied, et se fait reconnaître dans les rues de la ville par des amis, qui l'emmènent au commissariat. La police le renvoie à Paris mais sans avertir sa mère, si bien qu'il repart aussitôt jusqu'à Saint-Germain-en-Laye où, épuisé et transi de froid, il tombe et se fait emmener à l'hôpital, où il reste trois semaines, avant d'être rendu à sa mère. Au début de janvier, il est alors absolument inactif, reste chez lui, dans la chambre qu'il partage avec sa mère, lisant et écoutant la radio, seul, pendant que sa mère travaille.

Il fugue une quatrième fois, prend le train au matin jusqu'à La Garenne, marche jusqu'à Saint-Germain. Reconnu par les gendarmes, il couche au commissariat. Le commissaire lui fait signer une déclaration tapée à la machine, où il promet de ne plus partir. Cette manœuvre intimidante le laisse absolument indifférent ; il signe et fugue une cinquième fois, va dans l'île Saint-Denis, s'endort, est surpris par l'inondation. Voyant qu'il ne peut sortir d'où il est, il se rendort, est finalement ramassé par les pompiers, qui le ramènent à sa mère.

Il consulte finalement, amené par une assistante sociale, et est hospitalisé.

Dans le service, il a toujours le même comportement. Doux et gentil, obéissant avec le personnel infirmier. Il ne participe pas aux jeux de ses camarades, préférant rester toute la journée dans son lit, où il lit des journaux illustrés ou est complètement inactif, se cachant souvent la tête sous les draps, pour être tranquille, dit-il. Il a présenté à deux reprises des impulsions brutales, battant son voisin, beaucoup plus jeune que lui, à la suite, semble-t-il, de provocations minimes.

A l'examen, c'est un enfant de type athénique, d'aspect triste, méfiant et réticent au début de l'interrogatoire, plus confiant par la suite. Sa mimique est peu expressive. Son activité gestuelle et sa production verbale sont en-dessous de la moyenne. Le langage est normal mais les réponses aux questions sont généralement retardées. Il s'exprime d'une voix monocorde et inexpressive.

L'affectivité est extrêmement réduite, mais reste adaptée au sujet discuté. Il n'exprime aucun désir pour l'avenir, demande quand il sortira de l'hôpital, sans sembler être très intéressé par la réponse. Les visites de sa mère, qu'il n'aime pas, l'ennuient plutôt. Il n'exprime cependant aucune réelle hostilité envers elle, car il ne la déteste pas. Il sourit légèrement à l'évocation de ses parents nourriciers et du Havre.

Il raconte ses fugues avec des détails assez précis, et mis progressivement

en confiance, il en indique la cause, des hallucinations auditives qui entrent dans le cadre d'un syndrome d'automatisme mental à peu près complet.

Ces hallucinations ont débuté brusquement, il y a un peu moins d'un an, au Havre, alors qu'il revenait de l'école. Il entendit une voix d'homme lui disant : « Tu devrais partir, tu ne devrais pas rester ici. » Il se retourna, et ne voyant personne, il fut très troublé, et n'en parla jamais à personne avant son hospitalisation dans le service.

Depuis cet incident, il conserve la sensation permanente d'être suivi, et épié ; il se retourne au moindre craquement, au moindre bruit.

Il entend cette voix dans sa tête environ deux à trois fois par semaine, surtout le soir, dans son lit, avant de s'endormir, mais également dans la journée, lorsque tout est calme. C'est une voix d'homme, qu'il ne connaît pas, sans accent qui « raisonne », et lui répète toujours la même chose : « Pars ». Ce n'est pas par un micro, ou par la T.S.F., qu'il entend, c'est tout à fait mystérieux, ce n'est pas Dieu mais cela pourrait être le diable, car cette voix lui veut du mal. Elle agit sur lui directement, en lui parlant, mais aussi indirectement, par l'intermédiaire de sa mère.

Il existe des phénomènes de prise et d'écho de la pensée, mais pas de commentaire des actes. En effet, en dehors de cette voix qu'il peut décrire très nettement, existe, ce qu'il appelle la voix qui sait ce que je vais faire, qui parle à la première personne, et au sujet de laquelle il est beaucoup moins précis : « Je vais faire cela, je pense cela, etc... »

Il existe, enfin, des idées d'interprétation. Ses camarades se moquent de lui lorsqu'il a le dos tourné.

Le reste de l'examen mental est normal. Le malade est bien orienté, la mémoire est bonne, son intelligence normale (quotient intellectuel : 104 λ au Wechsler). L'électro-encéphalogramme est normal. Les conclusions du T.A.T. sont les suivantes : « Paraît plutôt sombre et renfermé pendant toute la durée du test, qui est très pauvre vu l'âge et le quotient intellectuel. La plupart des histoires sont courtes et conventionnelles et il se projette peu. Il n'y a pas grand'chose à signaler du point de vue affectif, sinon qu'il porte une affection certaine à sa mère et éprouve de la culpabilité à son égard. Aucune allusion à sa nourrice ni aux fugues, et aucun élément d'ordre affectif permettant d'expliquer ces dernières ; au contraire, puisqu'il paraît attaché à sa mère.

Au Rorschach, le protocole frappe par une certaine rigidité dans la rotation des planches, la précision des formes, le petit nombre des réponses humaines et le nombre relativement grand des réponses-objets. Il s'agit, par ailleurs, d'une personnalité qui paraît assez riche du point de vue intellectuel. On n'y met pas en évidence d'éléments de la série névrotique, tels qu'on les trouve souvent chez les fugeurs et pas davantage l'impulsivité extrêmement marquée que l'on voit habituellement chez les instables. Le protocole n'est pas non plus évocateur d'épilepsie et il est difficile de conclure à un diagnostic positif. L'affectivité ne paraît pas très vive.

L'intérêt de cette observation est d'objectiver les difficultés du diagnostic lorsque, chez un enfant schizoïde, surviennent des épisodes impulsifs ou dépressifs atypiques. C'est souvent à l'âge adulte qu'il faut attendre, de l'apparition d'un syndrome hallucinatoire, la confirmation du diagnostic. Il est exceptionnel que ce syndrome apparaisse dès la phase de la puberté, ainsi qu'il est advenu ici.

L'intérêt diagnostique et pronostique de semblables faits est évident. Il est étroitement lié, au point de vue thérapeutique, à la méconnaissance d'un long stade initial de schizophrénie, s'opposant à l'institution précoce d'une cure de Sakel, qui pourrait peut-être modifier le destin de pareils sujets.

Persévérance thématique à travers deux accès espacés de cinq ans d'idées dépressives à illustration onirique différente chez un mélancolique arrosé (*présentation de malade*), par MM. L. MICHAUX, A. BUGE, G. LELORD et A. MOREL-MAROGER.

Nous avons insisté depuis plusieurs années sur la tendance, chez les malades atteints de psychose maniaque dépressive, à la persévérance de thèmes idéiques. Celle-ci est d'autant plus frappante lorsqu'on retrouve ces mêmes thèmes enrobés dans un contexte affectif opposé au cours des accès dépressifs et des accès maniaques.

Nous avons observé ces faits lorsque, spontanément, ou sous l'influence de la sismothérapie, un état mélancolique vire vers l'état maniaque : cette persistance d'idées délirantes mélancoliques au milieu d'un tableau d'excitation maniaque caractérise pour nous les états mixtes vrais [1]. Mais cette fidélité à un thème peut s'observer à distance, au cours d'accès espacés de plusieurs années : ainsi, des auras obsessionnelles que nous avons décrites, annonciatrices d'une excitation maniaque [5 et 6]. Cette persistance thématique s'observe aussi bien pour des idées non délirantes que pour des obsessions, des idées délirantes, voire cette manière d'idée délirante négative qu'est la méconnaissance systématique [3 et 4].

L'observation que nous rapportons entre dans ce cadre. Il s'agit d'un mélancolique, qui a été interné cinq fois pour des accès dépressifs. Deux fois, à cinq ans d'intervalle, le malade s'est accusé d'avoir tué sa femme. Le fait intéressant est que, dans les deux cas, la conviction délirante était basée sur un état confuso-onirique en rapport avec une intoxication alcoolique. Mais, si identiques furent le thème auto-accusateur et le mécanisme délirant onirique, l'illustration fut différente dans les deux cas.

La persévérance délirante apparaît donc bien thématique ; le roman délirant comporte des illustrations de même sens, mais des scénarios différents.

OBSERVATION. — M. A... Pierre, 56 ans, sans profession, est admis le 19 février 1955 à la Salpêtrière, à la suite des circonstances suivantes : il s'est présenté le 15 février au commissariat de police, en s'accusant d'être l'auteur de la mort de sa femme. Il a été dirigé aussitôt sur l'infirmerie spéciale.

On est alors en présence d'un malade manifestement déprimé : faciès peu mobile, aux rides marquées avec un oméga mélancolique typique, au regard inexpressif, avare de gestes.

L'interrogatoire, difficile, se heurte à une certaine obtusion, avec lenteur et une légère réticence. On obtient le récit suivant, exprimé par bribes d'une voix basse et monotone.

Le 4 février dernier, il aurait frappé sa femme et aurait quitté le domicile en emportant la totalité des économies du ménage, soit 50.000 francs.

Les nuits suivantes, il dort mal, a des cauchemars qui bientôt envahissent les heures de veille, notamment le soir.

Le jour de la mort de sa femme, à une date qu'il ne peut préciser, il est avec elle dans la rue. Un corbillard passe. Elle se jette sous les sabots du cheval, excédée par son attitude à lui. Il essaye vainement de la retenir, reçoit lui-même un coup de sabot à la cuisse, perd connaissance. Lorsqu'il reprend ses esprits tout a disparu. « Le corbillard, dit-il, a emporté ma femme. » Les heures suivantes, il voit de nombreuses penderies de deuil dans les rues, ce qui lui confirme la réalité de l'événement. Depuis, il aurait revu sa femme, la face pâle, les cheveux blancs, l'air malheureux.

Cette scène onirique est racontée avec beaucoup d'imprécision, le récit est entrecoupé d'auto-accusations : « Je suis un misérable, un déchet social, je mérite la mort. C'est moi qui ai poussé ma femme à la mort, je n'avais qu'à ne pas boire, jamais je n'oserai rentrer chez moi. » Il exprime quelques idées de suicide : « J'ai voulu me jeter à la Seine ; j'avalerai des cachets. Il y a des moments où je ne sais pas ce que je ferais... »

Les pleurs sont rares.

La conviction délirante n'est pas absolue, mais oscillante. Par instants, il doute de la réalité de la scène onirique, et même de la mort de sa femme, mais sans modifier son auto-accusation, ni saisir l'absurdité de certains détails.

Il existe une asthénie importante, avec insomnie récente, une anxiété légère. Le malade se plaint de céphalées diffuses.

On ne retrouve pas d'autres hallucinations, notamment auditives, mais une interprétation cénesthésique ; il se croit couvert d'urticaire. Son prurit est dû à une parasitose.

Surtout, on met en évidence un élément confusionnel important. Il ne peut préciser la date non plus que les événements des jours précédents (hormis l'onirisme). Il avoue être « complètement perdu ». Il ne sait pas qu'il est hospitalisé à la Salpêtrière.

Les antécédents, et notamment les épisodes dépressifs antérieurs, sont évoqués, mais les dates et les circonstances ne peuvent être précisées.

L'examen montre quelques signes d'alcoolisme chronique : tremblement digital et lingual discret, crampes dans les mollets, anorexie sans pituités, langue saburrale, hépatomégalie : le foie, sensible, déborde de trois travers de doigt le rebord costal. Sa consistance n'est pas augmentée. Il n'existe, par contre, aucun signe de cirrhose, ni de polynévrite.

Le malade avoue des excès alcooliques récents (depuis quelques jours), mais dit qu'il aurait cessé de boire depuis plusieurs mois.

Le reste de l'examen clinique est négatif. Le pouls est à 90. La tension artérielle à 12-8. L'azotémie est à 0,60 par litre. Eprouves fonctionnelles du foie normales. Parasitose intestinale (Anguillule).

Il s'agit donc d'un mélancolique arrosé dont un épisode confuso-onirique a alimenté le thème de l'auto-accusation.

L'étude des antécédents révèle quatre épisodes dépressifs antérieurs.

1^o *Le 20 janvier 1949*, le malade, sans emploi depuis deux semaines, se présente au commissariat parce qu'il craint de se jeter à la Seine dès que ses ressources financières seront épuisées. On note alors un état dépressif typique avec syndrome d'inhibition, obtusion, bradypsychie, dégoût de la vie, vide de la pensée. Ces signes remontent à quelques mois.

Sa femme l'a quitté depuis deux ans pour rejoindre la Martinique, où elle a sa famille ; il en est sans nouvelles depuis un an, mais ne le regrette pas.

Il signale alors, depuis sa captivité en Allemagne, quelques épisodes d'asthénie avec tristesse ayant entraîné des arrêts de travail courts et quelques hospitalisations. Sa mère serait morte dans une maison de santé psychiatrique de Bourg-la-Reine. Il aurait été condamné à plusieurs reprises pour tentatives de vol.

Il signale surtout des excès alcooliques récents « pour chasser le cafard », jusqu'à 30 apéritifs quotidiens. On note déjà un tremblement digital, des crampes, une hépatomégalie.

Dirigé sur le centre psychiatrique Sainte-Anne, puis sur l'hôpital de Vaulx, il sort amélioré le 22 avril 1949 et reprend son travail.

2^o *Le 7 février 1950*, le malade est amené par sa logeuse au centre psychiatrique Sainte-Anne pour placement volontaire.

Vivant seul, sans ressources, il est depuis quelques semaines triste, déprimé, avec idées de suicide, ne fait rien et même ne quitte pas son lit depuis quelques jours.

On constate une dépression mélancolique avec bradypsychie, sans excès alcooliques récents, semble-t-il. Le malade est placé à l'hôpital psychiatrique de Villejuif, d'où il sort amélioré le 17 juillet 1950, repris par sa logeuse. Il retravaille.

3^o *Le 30 décembre 1950*, il vient se constituer prisonnier au commissariat parce qu'il a tué sa femme au cours d'une querelle. Sa femme aurait pénétré dans sa chambre, l'aurait menacé, se serait moqué de lui. Il a laissé le cadavre dans la chambre.

Cette scène onirique (sa femme est toujours à la Martinique), n'est pas unique, mais s'intègre dans une période confuso-onirique récente, de quelques jours, succédant à des excès éthyliques.

La dépression mélancolique est évidente, le syndrome d'inhibition très marqué, avec bradypsychie et quelques préoccupations hypocondriaques.

Les signes objectifs d'alcoolisme chronique sont retrouvés, avec dénutrition importante.

Au bout de quelques jours, l'épisode confuso-onirique est terminé. Le malade rectifie partiellement ses dires.

Dirigé à nouveau sur Villejuif, il est rapidement amélioré, mais n'est relâché que lorsque sa femme, de retour en France, le reprend, le 18 novembre 1951.

Revu le 8 février, et le 10 avril 1952, il travaille et se comporte normalement. Il s'entend bien avec sa femme.

4^o *Le 28 juillet 1952*, notre malade se présente à nouveau au commissariat, tend son portefeuille à un agent et lui déclare qu'il va se jeter à l'eau. Il aurait d'ailleurs procédé à un simulacre de suicide devant les bâtiments de la préfecture de police.

On ne relève, cette fois, aucun épisode confuso-onirique, aucun excès récent, et il ne s'accuse pas d'avoir tué sa femme.

Par contre, le contexte dépressif est là encore évident : syndrome d'inhibition, bradypsychie, préoccupations hypocondriaques, idées de suicide, dégoût de la vie. Il a quitté son travail huit jours auparavant, sans cause.

Il sort de l'infirmerie spéciale avec sa femme le jour même, mais fait l'objet d'un placement volontaire à Villejuif, d'où il sort amélioré le 29 avril 1953.

5° *L'épisode actuel.* — Ajoutons que la conviction délirante subsiste intacte au bout de trois semaines.

En résumé, ce malade a présenté cinq épisodes dépressifs majeurs ayant justifié l'internement.

Deux d'entre eux, le troisième et le cinquième, ont été ouverts par un épisode confuso-onirique d'origine alcoolique, au cours desquels le malade aurait tué sa femme, ou été directement responsable de sa mort. Mais, si le thème délirant persiste, ses illustrations oniriques sont différentes.

Quant à la longue persistance de la conviction délirante, elle résulte vraisemblablement de l'inertie mentale liée à la mélancolie.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. L. MICHAUX : Le monothématisme possible du délire au cours de plusieurs accès de la psychose maniaque dépressive. Rôle de la constitution psychologique sous-jacente. *Semaine des hôpitaux*, octobre 1941. — 2. L. MICHAUX, H.-M. GALLOT, A. ROUAULT DE LA VIGNE : Obsession et délire, de l'obsession au délire, du délire à l'obsession. Rôle des réflexes conditionnels dans la naissance et la persistance de l'idée obsédante. *Annales médico-psychologiques*, n° 1, juin 1945. — 3. Mlle GOBER : Les méconnaissances systématiques de la psychose maniaque dépressive. *Thèse*, Paris, 1947. — 4. L. MICHAUX, M.-H. GALLOT, Mlle SAULNIER, Mlle GOBER : Les thèmes stéréotypés des méconnaissances systématiques au cours des accès de la psychose maniaque dépressive. *Annales médico-psychologiques*, juillet 1947, p. 143. — 5. F. MARIBAS : Les obsessions dans la psychose maniaque dépressive. *Thèse*, Paris, 1948. — 6. L. MICHAUX, CIRILLI, F. MARIBAS : L'aura obsessionnelle des accès maniaques et dépressifs. *Annales médico-psychologiques*, 1948, p. 634. — 7. L. MICHAUX, Mlle SAULNIER, BUREAU : A propos des états mixtes. *Semaine des hôpitaux*, Paris, novembre 1950, p. 4275.

Rôle déclenchant de la sismothérapie sur certaines migraines accompagnées de troubles hépato-vésiculaires (présentation de malade), par MM. L. MICHAUX, R. DUPUY, H.-M. GALLOT et M^{me} VUILLIAUMEY.

L'observation que nous rapportons pose à vrai dire plus de problèmes qu'elle n'en résout. Nous avons été plusieurs fois surpris par la tolérance de vésicules biliaires malades devant l'électrochoc. Nous avons pu notamment pratiquer une sismothérapie intensive chez un malade qui présentait une cholécystite calculeuse, dont l'intervention était rendue impossible par l'état mélancolique ; celui-ci ne résista pas à la sismothérapie, et la cholécystectomie put être pratiquée, qui démontra la présence de 18 calculs.

Tout autre est l'aspect de notre présente observation. Chez un malade sujet à des crises de migraines accompagnées de troubles hépato-vésiculaires, l'électrochoc a déterminé plusieurs fois des crises. Le fait paraît dépasser la coïncidence simple, l'interprétation pathogénique est hypothétique.

OBSERVATION. — M. A. Gl..., âgé de 34 ans, employé de commerce, est venu consulter dans le service pour la première fois, le 9 août 1954, pour un épisode dépressif : avec asthénie physique et psychique, anxiété, idées noires, ennui, crises de larmes, idées d'auto-dépréciation et de culpabilité, insomnie, amaigrissement, céphalée rebelle, douleurs variables, raideur dans les jambes.

C'était le troisième accès dépressif ; le premier remontait à 1942, avait eu une symptomatologie semblable et avait régressé spontanément ; le deuxième en 1950, identique, avait disparu par le seul traitement médical et l'accès actuel durait depuis 5-6 mois.

Dans les antécédents du malade, on notait des convulsions à l'âge de 15 mois, une scolarité normale jusqu'au certificat d'études primaires, que le malade a obtenu, une sœur du père épileptique, internée de 18 ans à 42 ans ; le père est un migraineux, instable, d'humeur triste.

Devant l'échec des traitements médicaux pratiqués avant la consultation dans le service, on a entrepris d'emblée la sismothérapie. La cure a compris neuf séances ambulatoires, et lorsque le malade est revenu, à la fin du traitement, il était sthénique, très amélioré, prêt à reprendre son travail, mais il a signalé qu'à partir du troisième ou quatrième choc il avait ressenti des malaises après chaque séance : céphalées, vomissements, diarrhée, douleur dans l'hypocondre droit.

Le 28 octobre, deux mois après, le malade revient pour récursive. Il est hospitalisé et mis à la sismothérapie. Après la deuxième séance apparaît dès le réveil une migraine violente : céphalée intense, diffuse, avec phénomènes oculaires s'accompagnant rapidement de douleurs dans l'hypocondre droit et de vomissements. Migraine qui a persisté quelques jours tandis que la courbe thermique amorçait une légère onde fébrile et que l'on constatait un subictère conjonctival, des selles fréquentes et décolorées, des urines foncées, une douleur nette à la manœuvre de Murphy. La numération globulaire et la vitesse de sédimentation pratiquées lors du mouvement fébrile se sont avérées normales. Les phénomènes ont duré une huitaine de jours et ont semblé assez nettement influencés par le tartrate d'ergotamine *per os*.

L'état psychique du malade s'étant nettement amélioré sous l'effet de ces deux électro-chocs, et ceux-ci ayant eu les conséquences que nous venons de décrire, il fut décidé de cesser la sismothérapie.

Le 28 novembre, un mois après son entrée, le malade sortait, encore asthénique mais calme, d'humeur normale, sans idée de tristesse ou d'hypocondrie.

Le 5 janvier 1954, nouvelle récursive, qui fait hospitaliser le malade pour traitement électrique.

Et, cette fois, au premier choc, dès le réveil, apparition de céphalée intense frontale avec phénomènes oculaires, hypocondralgie, point de Murphy, vomissements et diarrhée, l'ensemble suffisamment intense pour obliger à cesser la sismothérapie.

On demande alors l'avis du chirurgien, d'une part sur la possibilité de

continuer le traitement par une cure de laudanum, d'autre part sur l'état vésiculaire.

Les seuls clichés que nous ayons datent de cette époque et ont été faits au moment de la crise douloureuse et après celle-ci. Ils montrent une évacuation vésiculaire un peu retardée.

Certes, l'étude hépato-biliaire de ce malade, assez difficile à manier, n'a pas été aussi approfondie que nous le désirerions, mais les faits cliniques ne nous en semblent pas moins évocateurs.

En interrogeant très soigneusement le malade, on retrouve :

1° des antécédents migraineux familiaux ; le père est migraineux ;

2° une évolution chez le malade même, assez typique, analogue à celle qu'a décrite M. Caroli [1] dans une étude sur les hypocondralgies des migraineux : 1° première phase marquée seulement par des accès migraineux, souvent accompagnés de vomissements, mais sans hypocondralgies, 2° la seconde, survenant après plusieurs années, caractérisée par l'adjonction aux migraines de douleurs de l'hypochondre droit, ne survenant que quelques heures après la céphalée et lui survivant deux à trois jours.

C'est bien le cas de notre malade, qui souffre de ces migraines depuis dix à quinze ans, et de son carrefour hépato-vésiculaire depuis deux années seulement.

Nous étions bien en présence d'un malade faisant des migraines accompagnées, qui étaient réveillées par la sismothérapie. Ce fait est à rapprocher de cas apparemment opposés, où nous avons vu des migraines avec phénomènes hépato-vésiculaires interrompues par électrochocs pratiqués pour dépression mélancolique intercurrente.

Nous pouvons également, à ce sujet, rappeler la classique expérience du repas psychique, provoquant une évacuation biliaire, et surtout la récente observation américaine suivante [2] : alors que l'on étudiait la pression des voies biliaires chez un malade cholécystectomisé par l'intermédiaire d'un drain de Kerr, le seul choc émotif intense provoqué par l'imminence d'une piqûre intraveineuse provoqua une contraction des voies biliaires, telle que l'on n'en voit qu'après injection médicamenteuse.

Sans pouvoir conclure de ces faits patents à un mécanisme pathogénique précis, nous posons la question de savoir si, dans de pareils cas, la sismothérapie ne pourrait pas être reprise, moyennant certaines thérapeutiques associées, tartrate d'ergotamine, sulfate d'atropine, voire tubage duodénal.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. G. HEUYER et L. MICHAUX : Formes psychiques des hémorragies méningées. *Semaine des hôpitaux*, 1945. — 2. W. H. BACHRACHE, J. L. SMITH et J. A. HALSTED : Spasm of choledochal sphincter accompanying sudden stress. *Gast. Ent.*, 1952, 22, IV, 604-606.

Delirium tremens déclenché par une méningite tuberculeuse chez un alcoolique modéré (présentation de malade),
par MM. L. MICHAUX, H.-M. GALLOT, Ph. BENDA et M^{me} VUILLIAUMEY.

Le rôle des facteurs déclenchants dans la genèse du delirium tremens est bien connu. Il existe même un certain balancement entre le degré de l'intoxication alcoolique et l'intervention de ses facteurs adjuvants. Ceci à tel point que, lorsqu'on observe le delirium tremens chez un sujet ne présentant que des signes d'imprégnation modérée, on est à peu près assuré de trouver une cause déclenchante. Celle-ci peut être une intoxication : telle l'ivresse chez un alcoolique habituellement modéré ; telle une anesthésie générale. Il peut s'agir d'une cause infectieuse : la pneumonie du sommet est à cet égard classique ; comme l'érysipèle ; mais nous croyons qu'il ne faut tenir compte de l'infection comme facteur réellement déclenchante que si le delirium tremens existe au début de la maladie, car autrement le sevrage d'alcool pourrait intervenir. Les traumatismes ont une action, même lorsqu'ils ne portent pas sur la boîte crânienne. Les chocs émotionnels, si souvent invoqués par les malades et l'entourage, ne sont pas non plus à négliger, encore que de moindre importance. Il n'est pas surprenant que le facteur adjuvant, intervenant sur le cerveau, ait une action élective, ainsi des traumatismes crâniens avec ou sans fractures ; ainsi des hémorragies méningées dont l'un d'entre nous, avec le professeur Heuyer, a rapporté des cas s'accompagnant de delirium tremens [4]. Rien de surprenant à ce que les méningites, en particulier la méningite tuberculeuse, interviennent dans le même sens. Le fait a été signalé dans plusieurs travaux, thèses et communications [2, 3, 6, 8].

L'observation que nous rapportons concerne un delirium tremens survenant chez un alcoolique chronique de degré, semble-t-il, moyen. Son originalité consiste dans le fait que, pour la première fois, à notre connaissance, l'évolution n'a pas été mortelle [1, 7, 9], mais au contraire favorable.

OBSERVATION. -- M. Bl... Célestin, 47 ans, tôlier, qui est encore suivi actuellement dans le service, et dont l'état est très satisfaisant, a été hospitalisé pour la première fois le 8 août 1953, dans les conditions suivantes.

Il était impossible qu'il reste chez lui, en raison d'un grand état confusonoirique. Depuis huit jours, il ne mangeait plus, se désintéressait absolument de tout, ne savait plus où il était et se livrait à une activité incohérente et désordonnée. Il se présentait à nous complètement désorienté, incapable d'indiquer le lieu ni la date, en plein onirisme, cherchant par terre des pneus de bicyclette et nouant des lacets imaginaires autour de ses chaussures. Il avait une très importante suggestibilité hallucinatoire.

A l'examen somatique on notait : un tremblement, du subictère, une déshydratation intense avec langue rôtie, une température à 38°6 ; tension artérielle : 14/7. Le foie et la rate étaient normaux, les réflexes rotuliens très faibles, les achilléens abolis.

L'interrogatoire du malade et de sa famille amenait très facilement des aveux d'intempérance aux environs de deux litres par jour, depuis très longtemps, mais le malade s'est toujours défendu âprement de boire plus et comprenait dans les deux litres les apéritifs ou verres de vin pris entre les repas. Fait qui avait paru alors assez discutable car le tableau clinique joint aux aveux faciles imposait le diagnostic d'accès éthylique subaigu avec même imminence de delirium tremens.

Le traitement classique fut donc institué : strychnine à hautes doses, alcool intraveineux, toni-cardiaques, pénicilline.

Le lendemain, sur la constatation de râles diffus dans le champ pulmonaire droit, on demande une radiographie des poumons.

48 heures après l'entrée, le traitement se révélait totalement inopérant, la courbe thermique plafonnait à 40°, le malade sortait à peine d'une torpeur profonde pendant l'examen. De plus, on notait un syndrome méningé discret et l'apparition d'un signe de Babinski à gauche. Un examen ophtalmologique ne révélait rien d'anormal.

On aurait pu penser à une hémorragie méningée, si fréquente chez ces malades, mais le 28 août, le cliché pulmonaire montrait un semis micronodulaire imposant le diagnostic de miliaire confirmé par une recherche immédiate de bacilles de Koch, qui s'avérait positive.

Le liquide céphalo-rachidien prélevé par ponction lombaire était clair et hypertendu et contenait 1 gr. 20 d'albumine par litre et 136 éléments par mm³, dont 95 % de lymphocytes et 5 % de polynucléaires, 5 gr. 28 % de chlorures et 0 gr. 52 % de glucose. La recherche de bacilles de Koch à l'examen direct était négative.

On a immédiatement institué un traitement par les antibiotiques spécifiques associés, comprenant un gramme de streptomycine et 350 mgr. d'isoniazide par voie générale plus 50 mgr. de streptomycine par voie intrarachidienne. Le traitement antérieurement institué était maintenu.

Le lendemain même, la température descendait au-dessous de 38°, le malade sortait de son coma vigil et répondait aux questions.

Les huit jours qui ont suivi ont été marqués de quelques incidents tels que : clocher thermique à 39°, incontinence puis rétention d'urines, douleurs abdominales, mouvements involontaires des extrémités, mais l'amélioration s'est affirmée, l'état psychique est redevenu parfaitement normal, les signes méningés ont diminué, l'état général s'est transformé. On a pu cesser strychnine et alcool intraveineux. Par contre, du P.A.S. intraveineux a été joint aux antibiotiques déjà cités et de l'isoniazide intra-rachidienne.

Il y eut, au 10^e jour de l'hospitalisation, une brutale reprise de tous les symptômes, qui s'est avérée due à une surinfection et non à un blocage, avec 800 éléments par mm³ dans le liquide céphalo-rachidien, dont 70 % de polynucléaires, 30 % de lymphocytes et 1 gr. 60 d'albumine. Surinfection qui persista une quinzaine de jours et régressa sous l'effet de la pénicilline, sans qu'on ait pu découvrir le germe responsable.

A partir du 22 septembre 1953, jusqu'à fin novembre, l'évolution fut celle d'une amélioration d'abord rapide puis plus lente, mais constante, tant clinique que biologique.

Et, le 12 décembre 1953, le malade est transféré à Laënnec, dans le service du Dr Even, en bon état. Il a pris 9 kg. depuis son hospitalisation, est apyrétique. Le taux d'albumine dans le liquide céphalo-rachidien est de 0 gr. 55‰ et celui des éléments de 30 par mm³. Les poumons sont normaux.

Nous savons que M. B... est resté un mois dans le service du Dr Even et qu'il est rentré chez lui le 27 janvier 1954.

Le 26 juillet 1954, un an donc après le début, le malade est hospitalisé pour la deuxième fois. Après une dizaine de jours de prodromes avec céphalée, asthénie, anorexie, fébricule, vomissements et diarrhée, un coma brutal s'est installé. Mais cette rechute n'a été accompagnée d'aucun trouble psychique. Le malade nous affirmera par la suite qu'il n'a jamais dépassé un demi-litre de vin par jour depuis sa sortie de l'hôpital.

L'examen biologique et cytologique montrait des taux très augmentés : 0 gr. 60‰ d'albumine et 820 éléments.

Il est possible qu'il y ait eu alors surinfection ou poussée lymphocytaire curable car en quelques jours le nombre des éléments descendait à 74 et le taux d'albumine à 0 gr. 40‰.

Le traitement institué avait été streptomycine-P.A.S. Un mois après l'entrée, on laisse sortir le malade sous couvert d'un contrôle bimensuel du liquide céphalo-rachidien, dans lequel il y avait 7 éléments par mm³ et 0 gr. 25‰ d'albumine à cette époque.

Mais, le 25 octobre 1954, une troisième hospitalisation est jugée nécessaire, une rechute purement biologique étant constatée : 30 éléments par mm³, 0 gr. 40‰ d'albumine.

Depuis, l'amélioration a repris, extrêmement lente. Il a été nécessaire de modifier les modalités du traitement. Devant l'impossibilité d'étudier la résistance du germe, que l'on n'a jamais pu mettre en évidence dans le liquide céphalo-rachidien, ni à l'examen direct, ni dans les cultures, sur le conseil du Dr Fouquet, on a supprimé la streptomycine et fait un traitement uniquement à l'isoniazide et au P.A.S. Dès lors, l'amélioration s'est précisée et même accélérée.

Actuellement, l'état psychique est normal, l'état général excellent. Température : 37°. Poids : 80 kg.

Le liquide céphalo-rachidien contient encore 7,2 lymphocytes. Le cliché pulmonaire est normal. Nous pensons bientôt laisser sortir le malade.

Certes, il y a déjà eu une rechute, mais cet homme n'avait pas eu un traitement très prolongé. On peut nous objecter que l'existence du bacille de Koch n'a jamais été démontrée dans le liquide céphalo-rachidien. Mais le syndrome biologique, la coexistence d'une tuberculose miliaire avec expectoration bacillifère, l'évolution même de la maladie, permettent d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une méningite tuberculeuse. Les circonstances d'apparition et le terrain faisaient redouter une issue fatale à brève échéance, avec inefficacité de la streptomycine, conformément à tous les exemples déjà connus.

Or, inversement, l'évolution fut favorable et l'on peut se demander quel a été le rôle de l'isoniazide dans cette transformation du pronostic, d'autant que la dernière rechute n'a été sensible qu'à l'association P.A.S.-rimifon, et que les cas antérieurement décrits l'ont été avant l'utilisation de ce dernier produit.

BIBLIOGRAPHIE. — 1. G. HEUYER et L. MICHAUX : Formes psychiques des hémorragies méningées. *Semaine des hôpitaux*, 1945. — 2. Xavier ABÉLY, P. GUIRAUD et AYOUB : Méningite tuberculeuse chez un alcoolique chronique. *Annales médico-psychologiques*, 1951, II, p. 554-556. — 3. A. CHANTEMESSE : Etude de la méningite tuberculeuse de l'adulte. Ses formes anormales. *Thèse*, 1884, Paris. — 4. J. HELEFF : Formes mentales pures de la méningite tuberculeuse de l'adulte. *Thèse*, 1932, Bordeaux. — 5. LE GRAS : Troubles psychiques et formes mentales de la méningite tuberculeuse. *Thèse*, 1906, Paris. — 6. L. MARCHAND et J. DE AJURIAGUERRA : Méningite tuberculeuse de l'adulte, ses formes psychiques. *Progrès médical*, 1945, 24, p. 447-448. — 7. L. MARCHAND et ALIZON : Méningite tuberculeuse et délire aigu. *Annales médico-psychologiques*, 1952, I, p. 626. — 8. L. RAMON : La méningite tuberculeuse de l'adulte. *Progrès médical*, 1921, 24, p. 280. — 9. L. VALLADE et BEC (de Pau) : Méningite tuberculeuse et delirium tremens. *Annales médico-psychologiques*, 1953, II, p. 293.

DISCUSSION

M. Paul ABÉLY. — On peut aussi se demander si, chez ce tuberculeux pulmonaire, le delirium tremens n'a pas créé un foyer d'appel du bacille de Koch au niveau des méninges.

Il serait intéressant de savoir si, en général, le delirium tremens à lui seul est capable de déclencher une certaine hyperlymphocytose du liquide céphalo-rachidien, car, dans le cas présent, l'absence de bacilles dans le liquide céphalo-rachidien permet cette hypothèse.

Séquelles psychiques d'une commotion cérébrale grave. Intérêt pronostique de l'électroencéphalographie et de l'encéphalographie gazeuse (présentation de malade), par MM. Léon MICHAUX, H. M. GALLOT et J. BROCHÉRIOU.

Rien n'est plus malaisé que le pronostic des séquelles psychiques des traumatismes crâniens. Il réside essentiellement dans la discrimination de deux grands syndromes : la confusion mentale et la démence.

Le premier, en principe immédiat, souvent prolongé, mais finalement régressif, autorisant de la part du sujet une lutte contre l'obtusion intellectuelle ; le second succédant éventuellement à une période plus ou moins longue, de début parfois progressif, en principe irréversible, le malade cédant sans réaction à l'obscurcissement de ses fonctions intellectuelles.

Tel est le schéma, mais, pratiquement, on se heurte à bien des difficultés. Le début peut n'être pas absolument immédiat dans la confusion mentale. L'intervalle libre peut manquer entre le traumatisme et l'apparition du syndrome démentiel : celui-ci peut débuter par des nuances difficiles à situer dans le temps. L'élément de lutte du malade contre son obtusion intellectuelle n'est pas un critère absolu : certaines démences à début lent comportent ici, comme en la démence artérioscléreuse, une conscience pénible de l'état morbide et une lutte contre celui-ci. Inversement, la lutte contre l'obtusion n'apparaît dans le syndrome confusionnel que lorsqu'il cesse d'être intense. Aussi fallacieux peut apparaître le critère évolutif. Il y a des confusions

mentales qui tendent à la chronicité ; et le problème de l'irréversibilité des démences a été trop à l'ordre du jour pour que nous croyons nécessaire d'y revenir ici. Au reste, rien ne s'oppose à une association des deux syndromes, la confusion couvrant au début la démence, qui n'est appréciable que lorsque se dissipe l'élément confusionnel.

L'observation que nous rapportons ici concerne une telle association. Il est manifeste que la séquelle du traumatisme est démentielle. Il existe cependant un certain degré de régressivité des troubles initiaux, qui ne peut dépendre que de troubles confusionnels.

L'électroencéphalogramme par confrontation de deux tracés successifs et l'encéphalographie gazeuse ont apporté ici des éléments non négligeables pour l'établissement du pronostic.

OBSERVATION. — M. André F..., âgé de 54 ans, consulte pour la première fois à la Salpêtrière, le 21 septembre 1953, pour des troubles psychiques apparus à la suite d'une *commotion cérébrale*, survenue deux mois auparavant.

Ouvrier électricien à la R.A.T.P., il procédait, le 17 juillet 1953, à l'entretien de batteries d'accumulateurs, lorsque l'une d'elles explosa tout près de son visage. Les circonstances de l'accident sont restées imprécises. Il y eut perte de conscience, mais le coma fut d'assez brève durée. Au réveil, le malade, obnubilé, se plaignait d'une céphalée vive, d'irritation conjonctivale et de surdité importante ; ces troubles se dissipèrent en grande partie en quelques jours. Il n'y aurait pas eu d'otorragie ni d'épistaxis, pas de plaie ni de contusion visible. Des radiographies du crâne et un fond d'œil pratiqués à cette époque ne décelèrent aucune anomalie.

Un mois plus tard, se font jour les premiers troubles mentaux. Ce sont de gros troubles de la mémoire, qui ont d'abord été remarqués par l'entourage. Ces troubles s'accroissent rapidement : le malade oublie de descendre à la station de métro, il a bientôt des difficultés à se diriger seul dans la rue. Il reste à la maison, taciturne ou marmonnant entre ses dents ; il s'occupe encore à « bricoler » de-ci, de-là.

Conduit à la Salpêtrière, le malade est examiné à la consultation, fin septembre. Il se plaint d'un certain nombre de troubles subjectifs : de céphalées assez diffuses, prédominant dans la région frontale gauche ; de sensations vertigineuses épisodiques ; d'une hypoacousie persistante du côté gauche ; enfin d'une baisse de l'acuité visuelle.

À l'examen, le malade apparaît très ralenti au point de vue intellectuel. Il est cependant orienté et attentif. Sa mémoire est défaillante, surtout pour les faits récents. On ne relève pas de troubles du langage, ni de troubles des praxies : les ordres sont correctement exécutés, mais très lentement. On note toutefois que le malade ne peut reconnaître la droite et la gauche de l'observateur. La fatigabilité rapide du sujet rend l'examen long et difficile. L'examen neurologique est négatif ; des examens complémentaires sont demandés.

Le malade n'est revu qu'à la fin d'octobre, et est alors hospitalisé dans le service. Les troubles psychiques se sont considérablement aggravés en l'espace d'un mois.

Le déficit intellectuel est énorme et évident. Le faciès est immobile, peu

expressif, les traits relâchés, le regard vague. Le malade demeure inerte au lit ou levé, reste totalement inactif, sans aucune initiative. Il ne porte spontanément attention et intérêt à rien. Cependant, il se prête avec docilité à l'examen et répond quand on le questionne. Sa compréhension est limitée et très lente. L'orientation temporo-spatiale est déficiente ; il ignore le jour mais connaît le mois ; il sait être à l'hôpital, mais ne peut dire lequel. Les troubles mnésiques sont très importants. Des événements de son passé peuvent être évoqués, mais de façon très imprécise ; il ne peut fournir aucune date. Il n'a gardé aucun souvenir des faits récents, et en particulier de son accident. Cependant, il a une certaine conscience de ses troubles mnésiques, mais n'en paraît guère affecté.

Il ne fabule pas et n'exprime aucune idée délirante. Il reconnaît tout juste sa femme, accueille passivement ses visites, ne manifeste aucun sentiment. Il n'y a pas de troubles de l'humeur, pas d'agitation, ni de gâtisme. En somme, le malade se montre apathique, extrêmement ralenti, totalement indifférent.

A cette inhibition intellectuelle profonde s'ajoutent des troubles de la série aphasique, apraxique et agnosique, d'ailleurs assez incomplets et dissociés. Les troubles du langage parlé revêtent les caractères de l'aphasie amnésique, isolés par Pitres. L'oubli du vocabulaire est au premier plan ; l'épreuve de la dénomination des objets est très mauvaise, alors que le malade réussit plus souvent à montrer les objets nommés. Il peut répéter des phrases courtes de façon correcte. Il n'y a pas de troubles arthriques. Il n'y a pas non plus de paraphasie, ni de palilalie. Il ne peut reconnaître une lettre ou un chiffre, est incapable de compter. L'alexie, l'agraphie et l'acalculie sont totales. Des troubles praxiques idéatoires et idéo-moteurs sont aussi notés : il ne peut exécuter des gestes symboliques, ni allumer une cigarette avec des allumettes ; il arrive pourtant à se servir d'objets très usuels, tels que peigne ou cuillère. Des troubles gnosiques en fin sont observés, somatognosiques en particulier : il se révèle incapable, à plusieurs reprises, de montrer les doigts de la main, même par imitation, et de distinguer droite et gauche.

L'examen neurologique est négatif et ne montre aucun signe de lésion en foyer. Pas de troubles de la série pyramidale ou extra-pyramidale. Pas de troubles sensitifs élémentaires. Pas de signes cérébelleux. Seule est notée l'abolition isolée des réflexes pharyngé et vélo-palatin. A l'examen somatique, il n'existe aucun signe anormal. Il n'y a pas d'artério-sclérose. La tension artérielle est de 13-7. Il n'y a ni albuminurie, ni glucosurie. La réaction de Bordet-Wassermann est négative dans le sang.

A l'examen ophtalmologique, motricité pupillaire, fond d'œil et champ visuel sont normaux.

L'examen labyrinthique montre que les troubles vertigineux semblent être plutôt d'origine centrale.

L'examen audiométrique décèle une hypoacousie gauche prédominant sur les sons aigus, probablement en rapport avec le traumatisme.

Un premier électro-encéphalogramme, pratiqué le 26 septembre 1953, montre un tracé anormal du fait de l'abondance des rythmes lents bi-temporaux, sans signe de souffrance en foyer.

On ne retrouve aucun antécédent d'ordre neuro-psychiatrique personnel ou familial. Le malade n'était pas éthylique. Un seul fait important est à retenir : il a déjà subi, en 1944, une commotion cérébrale, dans des condi-

tions identiques : explosion d'accumulateurs sur lesquels il était penché. Il fut cette fois blessé à la lèvre supérieure ; la plaie laissa une déviation cicatricielle de la commissure labiale. Cette première commotion cérébrale ne fut apparemment suivie d'aucune conséquence pathologique. Remarquons toutefois l'opinion discordante de la famille à ce sujet : d'après sa femme, le comportement de son mari ne fut en rien changé après le premier accident ; son beau-frère, au contraire, soutient que le malade était devenu un peu taciturne, qu'il avait moins d'allant et qu'il prenait moins part aux conversations. Quoi qu'il en soit, le malade ne se plaignait d'aucun trouble fonctionnel et accomplissait régulièrement et correctement son travail.

Telle se présentait l'observation d'André F..., trois mois après le deuxième accident, qui marque chronologiquement le début de ses troubles. Le tableau clinique était celui d'un état confuso-déméntiel, *voisin de la stupeur*, sans autres signes de localisation que des phénomènes apraxo-aphaso-agnosiques.

Une *encéphalographie gazeuse* par voie lombaire est pratiquée le 16 novembre 1953 ; 60 cm³ d'air furent injectés. La prise de la pression manométrique et l'épreuve de Queckenstedt, effectuées avant l'évacuation de liquide céphalo-rachidien, donnèrent des chiffres normaux.

Dans le *liquide céphalo-rachidien* : albumine, 0,35 ; cellules, 6,5, plus hématies. Bordet-Wassermann négatif. Pandy négatif. Benjoin : 00002. 22220.00000.

Sur les *radiographies*, les espaces péricérébraux apparaissent bien injectés ; les clichés de face et de profil ne montrent pas d'image nette d'atrophie corticale, diffuse ou localisée ; les lacs de la base sont normaux. Par contre, les ventricules ne sont pas visibles. L'absence d'injection des ventricules n'a pas obligatoirement de valeur symptomatique par elle-même ; on sait, qu'enfre autres raisons, un simple repli pio-arachnoïdien peut suffire à empêcher le passage de l'air au niveau des trous de Luscka et de Magendie. Il faut souligner cependant que l'existence d'une atrophie cérébrale n'est pas exclue, dans l'ignorance où nous sommes du volume, de la forme et de la situation des ventricules cérébraux.

Dans les jours qui suivent la pneumo-encéphalographie, le malade présente une amélioration des plus nettes. Il se montre plus éveillé, plus présent. Son regard est plus vif et plus attentif ; sa mimique est moins pauvre, il sourit parfois. Il fait, à la demande, un récit coordonné et précis des faits ayant précédé son dernier accident et il propose une explication logique et cohérente de l'explosion de l'accumulateur : une étincelle, par contact accidentel des plaques, suffit à faire exploser le mélange gazeux détonant. Les troubles mnésiques n'ont certes pas disparu, mais les souvenirs sont plus facilement évoqués, plus détaillés, plus précis. La bradypsychie, qui était extrême, est nettement moins intense. L'expression verbale est plus aisée, il n'est plus sans cesse interrompu par des défaillances vocabulaires. Il ne s'égare plus dans la salle, retrouve son lit, se rend seul à table lorsque le repas est servi ; il reconnaît ses voisins de salle et reçoit la visite de sa famille avec une satisfaction manifeste.

Le fait le plus remarquable est qu'il fait un effort évident pour comprendre et pour répondre ; il fait preuve d'application lors des épreuves et paraît désirer une amélioration de son état, alors qu'au stade précédent tout n'était qu'abandon, indifférence, passivité.

Cependant, le vocabulaire reste pauvre et réduit : l'alexie, l'acalculie et l'agraphie sont aussi accusées ; les troubles somatognosiques sont inchan-

gés ; seuls les troubles apraxiques ont un peu régressé : certains ordres simples, certains gestes symboliques sont exécutés correctement.

La régression semble donc avoir porté beaucoup plus sur les troubles intellectuels, considérés d'une façon globale, que sur le déficit des fonctions de gnosie, de praxie et de langage, qui reste peu modifié. Mais l'amélioration qui, sitôt après l'encéphalographie, avait été rapide et marquée, ne se poursuit pas. Les mois suivants, toute progression tend même à disparaître. Les moindres opérations intellectuelles restent très ralenties et laborieuses ; le malade n'a réappris à compter que jusqu'à 12 ; il arrive à lire l'heure sur un cadran, mais il doit compter chaque fois à partir de zéro ; il n'a pas la perception globale, par exemple, de midi ou de six heures. Il ne peut réussir une addition, nécessitant le report de retenues. Enfin, le malade, si l'on ne s'occupe pas de lui, reste silencieux, inactif, apragmatique ; il a perdu toute initiative.

Tel était l'état mental du malade lors de sa sortie du service, il y a un an environ. Depuis, il a été revu plusieurs fois, et bien qu'on n'ait assisté à aucune reprise évolutive véritable, son état est resté stationnaire.

Deux électro-encéphalogrammes de contrôle ont été pratiqués depuis la première encéphalographie.

L'électro-encéphalogramme du 24 novembre 1953 donne un tracé altéré de façon diffuse, donnant des signes de souffrance cérébrale à expression généralisée.

L'électro-encéphalogramme du 20 septembre 1954, pratiqué six mois après la sortie du service, montre un tracé voisin du précédent mais montrant des anomalies moins importantes et en particulier des rythmes thêta nettement moins abondants au cours de l'hyperpnée. Il persiste quelques signes de souffrance cérébrale non localisée.

Entre-temps, le malade fut soumis à des cures prolongées de vitamines B1 et PP, puis d'acide glutamique ; ce traitement n'entraîna pas d'amélioration bien notable.

Ainsi, 14 mois après l'accident, l'électro-encéphalogramme n'était guère modifié, restant franchement pathologique, sans signes de localisation, ce qui imposait un pronostic d'avenir très réservé, pronostic qui fut confirmé par l'évolution ultérieure.

Nos commentaires seront brefs.

1° S'agit-il d'une confusion mentale chronique ou d'un état démentiel véritable ? Ces états sont souvent assez difficiles à séparer en pratique, et toute une série de formes intermédiaires peuvent être observées.

A l'heure actuelle, avec le recul évolutif, l'état de déficit présenté par notre malade peut être considéré comme irréversible et doit être qualifié de « démentiel ». Mais il faut rappeler que le tableau s'est montré successivement, au cours des premiers mois, sous des aspects cliniques trompeurs. Primitivement, il paraissait s'agir d'une démence ; pourtant, une rémission relative des troubles, remarquable, mais guère prévisible, fut provoquée par l'encéphalographie.

Après celle-ci, le tableau revêtait plutôt les caractères d'une confusion mentale post-traumatique secondaire, dont on pouvait espérer

une régression plus ou moins complète. Mais la persistance du déficit des fonctions spécialisées parut être un facteur de mauvais pronostic. G. de Morsier écrit à ce sujet :

« Le terme de "démence traumatique" employé parfois est imprécis, comme le terme de "démence" lui-même. Les états désignés en psychiatrie sous ce nom ne sont qu'une combinaison de troubles amnésiques, aphasiques, agnosiques et apraxiques, ayant comme résultante de graves troubles du comportement. »

2° Avant la pneumo-encéphalographie, le *diagnostic de maladie de Pick* fut évoqué et discuté.

Le syndrome déficitaire présenté par notre malade est en effet assez voisin de celui correspondant au début de cette forme de démence présénile. De plus, la notion de trauma crânien est retrouvée dans les antécédents de ces malades avec une certaine fréquence (6 cas sur 66 observations rapportées par Caron dans sa thèse) ; parfois même le trauma a précédé immédiatement ou de quelques mois l'apparition des premières manifestations symptomatiques. La notion d'âge doit être enfin rappelée. Cependant, certains signes l'en différencient. Le fond mental, dans la maladie de Pick, est plus purement démentiel, sans adjonction d'élément confusionnel. Les propos y sont incohérents. Enfin, on ne retrouve pas, dans notre observation, de phénomènes itératifs, de palilalie ni d'écholalie. Notre malade ne présente pas non plus ces troubles de l'humeur, et du caractère, si fréquents dans la maladie de Pick.

De notre cas, nous rapprocherons une observation d'« *atrophie cérébrale post-commotionnelle* », rapportée par Faure-Beaulieu, P. Puech et J. Morlaas. Il s'agit d'un homme de 47 ans, comptable, qui, à la suite d'une chute dans un escalier, sans fracture du crâne, présenta deux mois plus tard « un état démentiel progressif, à type de maladie de Pick », avec hémiparkinson droit et hémihypoesthésie droite. Une ventriculographie, pratiquée un an après l'accident, décela une dilatation ventriculaire à prédominance gauche et dans la région pariéto-occipitale. Ajoutons que, dans leur observation aussi : « Après cette injection d'air, on a assisté à une amélioration nette de la plupart des symptômes, mais elle ne s'est pas maintenue. »

3° Enfin, doit être discuté le rôle de la *commotion cérébrale* dans la genèse des troubles. L'état de détérioration mentale semble devoir être imputé à la commotion, malgré l'intervalle relativement libre d'un mois, en l'absence de tout autre facteur étiologique, et d'autant plus qu'un autre accident de même type se retrouve dans les antécédents, neuf ans auparavant.

D'une façon générale, on sait que, en matière d'encéphalopathie traumatique, la gravité des troubles mentaux n'est pas toujours conditionnée par l'importance du traumatisme. Parmi les multiples travaux

dont a fait l'objet l'étude de la commotion cérébrale et de ses suites, nombreux aussi sont ceux consacrés à la commotion provoquée par le souffle des explosions (« Cérébral blast concussion » des auteurs anglo-saxons).

Nous n'insisterons pas sur le mécanisme d'action de la vague de pression ou de l'onde de choc, ni sur la nature des lésions encéphaliques, macroscopiques ou microscopiques, qui peuvent en être la conséquence (Valade). Et, si ces troubles ont été surtout observés lors de la guerre 1914-1918 et de la dernière guerre, nombreuses aussi sont les causes d'explosions en temps de paix, en particulier comme accident du travail. C'est dire l'intérêt médico-légal de ces formes d'encéphalopathies post-commotionnelles.

BIBLIOGRAPHIE. — G. DE MORSIER : Les encéphalopathies traumatiques. *Société suisse de neurologie*, séances du 6 et 7 décembre 1941, Zurich, 1943. — FAURE-BEAULIEU, P. PUECH et J. MORLAAS : *Revue neurologique*, 1944, 76, p. 151. — P. PUECH et collaborateurs : *Traumatismes cranio-cérébraux*, Paris, 1950. — P. VALADE : La commotion cérébrale par le souffle des explosions. *Académie nationale de médecine*, séance du 12 janvier 1954 (biblio.).

DISCUSSION

M. Paul ABÉLY. — En examinant attentivement ce malade, on note chez lui des symptômes de la série striée et extra-pyramidale, spécialement au niveau de la face, en particulier des myoclonies et des spasmes. Il est probable que la région sous-corticale a été intéressée par le traumatisme.

Epilepsie temporale chez une fille de vingt ans. Discussion d'un état psychique intercritique et des indications thérapeutiques (*présentation de malade*), par MM. Léon MICHAUX, F. LHERMITTE, A. BUGÉ et E. BAULIEU.

L'observation que nous rapportons est intéressante à trois points de vue.

Elle offre l'exemple d'un syndrome de dépersonnalisation évoluant par crises, que l'électroencéphalogramme individualise sous le signe de l'épilepsie temporale droite.

L'état psychopathique intercritique nous amène à discuter les troubles du caractère, fréquents chez les épileptiques, la schizophrénie ou la névrose obsessionnelle.

Enfin, les indications thérapeutiques dépendent en grande partie de la solution donnée à la question précédente.

OBSERVATION. — Mlle M... Olga, étudiante aux Beaux-Arts, est âgée de 20 ans quand elle entre, en décembre 1954, dans le service du professeur Alajouanine, où elle séjournera avant d'être hospitalisée dans notre service.

Les circonstances de l'hospitalisation. — L'épisode critique le plus sail-

lant de son histoire pathologique se situe en mai 1954. A la terrasse d'un café, boulevard Saint-Michel, elle ressent brusquement une sensation bizarre. Les passants et les voitures lui semblent étranges, hostiles même, comme venus d'un « autre monde », comme ayant perdu leurs caractères habituels. Elle a l'impression qu'elle n'est plus elle-même et concrétise cette dépersonnalisation en se regardant dans une glace, en examinant et en touchant ses mains. Elle craint alors de se livrer malgré elle à des gestes bizarres, comme de baisser ou de lever les jambes, et, terrifiée, prend le métro. Le sentiment d'étrangeté persiste pendant tout le voyage et ne s'apaise qu'à son arrivée à la maison.

Le contexte psychique. — Cet épisode aigu s'insère dans un contexte pathologique évident. Depuis l'âge de 10 ans, elle se montre scrupuleuse, doutant d'elle-même, instable ; c'est sûrement une psychasthénique avec un sentiment d'incomplétude. Active à certains moments, elle passe par des phases de pessimisme avec idées obsédantes. Elle se sent incomprise dans son milieu familial, qu'elle a quitté pour vivre seule ; elle est d'ailleurs claustrophobe. Ses camarades, non plus, ne comprennent pas ses « problèmes moraux ». Méprisant les rites de l'église romaine, elle a cherché un moment remède en adhérant à une secte confidentielle. Les aventures sentimentales semblent peu la tenter encore qu'une histoire malheureuse, difficilement racontée, avec un homme nettement plus âgé et diverses allusions ne permettent pas de négliger la part des réticences. D'autre part, ses préoccupations artistiques, manifestement, revêtent pour elle une importance primordiale ; elles inspirent nombre de ses réflexions et c'est presque exclusivement dans ce domaine qu'elle voit quelque intérêt à l'existence. Elle est d'ailleurs réellement douée. Le drame pour elle est qu'elle en vient à être obsédée par des formes, ou des couleurs, et qu'elle a cessé de travailler de peur de trouver dans ses œuvres la preuve d'un dérangement d'esprit. Elle a peur d'être folle, et l'épisode aigu est suivi d'un état d'anxiété très intense. Elle craint de ne pouvoir plus travailler, de commettre de mauvaises actions, de se suicider, et en est arrivée à arrêter son travail, qu'elle aime pourtant beaucoup.

Son comportement dans le service est fait d'opposition, d'angoisse, d'amertume et de réactions d'exaspération par la parole et par le geste. Pourtant, en tête-à-tête, un contact plus facile, assez détendu même, peut s'établir avec un interrogateur. Tout son comportement est envahi par une anxiété manifeste, qui imprime son cachet sur tous les thèmes qu'elle développe.

Un changement de service, la promiscuité en salle commune, l'isolement d'une chambre individuelle, les cris d'une autre malade, le regard de sa mère autorisée à la voir ou la suppression temporaire des visites, etc..., nourrissent ses angoisses. Nous avons vu que ses dessins eux-mêmes l'inquiètent. Sa maladie, qu'elle pense incurable, lui compromet tout avenir social, intellectuel, professionnel et, déclare-t-elle encore, la mène à la perte de son talent et à la folie. Dostoïewski et van Gogh viennent illustrer ses déductions pessimistes.

Elle offre encore à son anxiété des préoccupations hypocondriaques : serremments, plaques chauffantes, décharges électriques, poids sur la nuque. Ses angoisses sont exposées abondamment et s'enrichissent au fur et à mesure que son discours se prolonge. Sa grande émotivité se traduit alors par une tachycardie, la rapidité du souffle, l'étouffement de la parole.

Il existe un contexte dépressif assez difficile à individualiser. Ses nuits

sont insomniaques du fait de crises anxieuses ; son asthénie est modérée et ce n'est que par « peur des interprétations » qu'elle ne dessine plus.

Quelques raptus viennent s'ajouter au tableau. Une nuit, elle se précipite sur une infirmière pour une peur indéfinissable. Une autre fois, elle se couche sur le sol comme appliquée par une main. Encore, elle se précipite sur les lunettes d'un interne, ayant contenu son exaspération plusieurs jours, mais la laissant exploser comme « dans une colère rouge » ; ce geste, regrette-t-elle, n'est pas dans mes habitudes.

La grande crise et le tableau mental obligeaient d'évoquer, au premier chef, le *diagnostic d'épilepsie*. Dès l'âge de 9 mois, en effet, on relève des crises comitiales à type d'absences, qui surviennent en moyenne une ou deux fois par mois. On rappelle encore une crise généralisée avec convulsions, perte de conscience, émission d'urines en 1952.

Les absences semblent avoir diminué vers l'époque de la puberté. Elles s'intriquent alors avec des crises très particulières rappelant le grand accident décrit initialement.

Les circonstances provocatrices ont le plus souvent un contenu affectif : on relève ainsi l'arrivée dans un lieu inconnu, la présence de personnes qu'elle ne connaît pas, l'appréhension d'un changement, la solitude. Elle y serait également prédisposée pendant ses cours, quand son attention se relâche.

Les prodromes sont variables : saveur acide dans la bouche, impression de « flottement » épigastrique, serrement de gorge avec oppression, bourdonnement d'oreille.

La crise, dans ses formes habituelles, reste consciente. Cependant, les perceptions sont alors anormales. Le sourire, le regard, les gestes d'autrui, lui semblent bizarres, et elle pense que c'est elle qui est anormale et rejette sa sensation d'étrangeté sur les autres. Les objets eux-mêmes, vus comme à travers un filtre, la gênent, faisant « sentir le poids de leur présence ». Elle se croit alors enivrée, perdant la notion de poids, de forme, de son corps qu'elle vérifie en regardant ses mains, son visage dans une glace, où elle se reconnaît, mais bizarre comme le monde qui l'entoure. La conscience qu'elle a de ses crises lui est désagréable, oppressante, angoissante même. Elle reste alors immobile, ne tombe jamais ; souvent elle présente des mouvements automatiques, traverse une pièce par exemple.

A un degré moindre, c'est une simple fixité du regard de quelques secondes, remarquée par l'entourage. Elle peut mettre fin à cet état en « fixant son esprit » sur l'objet qu'elle contemplait ou la conversation qu'elle suivait ou en prenant contact physiquement avec une personne amie.

A un degré supérieur, au contraire, la conscience semble disparaître pendant une partie de la crise, dont la malade ne se souvient plus.

L'examen physique ne montre aucune anomalie, si ce n'est quelques boutons d'acné sur le visage. L'examen neurologique, en particulier, est strictement négatif. Le champ visuel, le fond d'œil sont normaux. Il n'y a pas de spasmophilie.

L'électro-encéphalogramme montre l'existence d'un rythme voisin de 10 cycles par seconde, un peu instable, mêlé à des rythmes bêta et thêta de répartition diffuse. Sur la région temporale droite, avec un maximum temporal antérieur, il existe un rythme lent, continu, de 4-5 cycles par seconde, mêlé à de nombreuses décharges à type de pointes-ondes lentes, non ryth-

miques. Ce foyer épileptique temporal antérieur droit est très nettement localisé et permanent.

L'encéphalographie gazeuse par voie lombaire ne montre aucune anomalie. L'examen des liquides céphalo-rachidien et céphalique est négatif. La recherche d'une étiologie ne permet que de retrouver la notion d'un accouchement par forceps, d'ailleurs mal précisé.

Sous traitement à la phénacéthylurée, les crises cliniques disparaissent et le tracé se modifie : les anomalies restent temporales droites, mais sont faites d'un rythme θ de grande amplitude, très abondant, de 5 cycles par seconde, par bouffées durables, mêlé à de rares anomalies à allure de pointes lentes. Ces rythmes θ diffusent quelquefois sur la région temporale antérieure gauche.

Au total, aucun doute ne peut être émis sur la nature des crises, caractérisées par une dépersonnalisation paroxystique. Le contexte électroencéphalographique en témoigne. Il s'agit d'épilepsie temporale droite. Mais il faut discuter l'état psychique intercalaire.

La première hypothèse qui vient à l'esprit est celle d'une schizophrénie dont les rapports avec l'épilepsie temporale seraient à déterminer. En réalité, la malade n'est pas sans présenter quelques discordances et divorces de la mimique et des propos ; le cours de la pensée est troublé par des interruptions évoquant des barrages idéiques ; on peut encore retenir une certaine tendance au rationalisme et au dogmatisme morbides, se manifestant dans la discussion d'idées abstraites, artistiques en particulier.

L'interprétation de ces symptômes doit en fait être discutée. L'émotivité de la malade peut rendre compte d'inhibitions responsables des troubles du cours de la pensée, ainsi que de discordances. Le dogmatisme artistique n'a pas une grande valeur pathologique chez cette jeune étudiante des Beaux-Arts. Enfin, des arguments négatifs ne manquent pas, telle l'absence du syndrome d'automatisme mental et du syndrome d'influence. On ne relève pas davantage de stéréotypies. A ces arguments cliniques on peut ajouter des objections psychologiques d'inégale valeur. L'échelle d'intelligence de Wechsler-Bellevue, pour adolescents et adultes donne un quotient intellectuel à 126 pour l'échelle verbale, 123 pour l'échelle performance, 127 pour l'échelle complète. Il n'existe pas de détérioration décelable au test chez cette malade, qui par ailleurs a toujours été bonne élève et a passé facilement son baccalauréat à 17 ans. Le test de Rorschach offre un protocole qui n'est pas du type schizophrénique. Il comporte, il est vrai, cette multiplicité de réponses-couleurs qui évoque la comitalité, mais il n'existe ni bradypsychie, ni mécanisme-lien, ainsi qu'il est de règle chez les épileptiques temporaux (Mlle Moor). Le test de Minnesota est chez elle de validité faible (F élevé) et n'évoque, en tout cas, pas la schizophrénie.

Il ne nous semble pas que le diagnostic de schizophrénie mérite d'être retenu. Une autre hypothèse peut être soulevée : celle d'une

névrose obsessionnelle avec troubles du caractère ; mais le comportement de la malade n'est pas celui d'une obsédée. Ses dessins, le Rorschach, ne sont pas non plus du type obsessionnel.

La troisième hypothèse, à laquelle nous nous rallions, est celle de troubles du caractère chez une épileptique. Au caractère des épileptiques, la malade emprunte l'irritabilité, l'instabilité ; on relève aussi une certaine tendance à l'ostentation théâtrale, la malade exagérant manifestement son insociabilité lorsque l'auditoire est nombreux, et s'en excusant, pour devenir beaucoup plus maniable en tête à tête.

L'observation nous semble donc faite de deux séries de symptômes : d'une part, les manifestations paroxystiques, propres à l'épilepsie temporale, d'autre part, les troubles psychiques intercalaires ; cette dualité n'est qu'apparente, et nous pensons que ces manifestations intercritiques ressortissent à l'épilepsie, avec ses troubles caractériels et ses réactions névrotiques secondaires.

Il reste le dernier point, celui de la thérapeutique. Ainsi qu'il est de règle, les médicaments suppriment les crises, mais n'agissent pas sur l'état psychique. La phénacéthylurée a aboli les crises, et l'aspect du tracé électrique n'est plus celui de l'épilepsie temporale, mais l'état psychique permanent tend à s'aggraver. On peut du reste se demander si la suppression des crises n'est pas, en partie, responsable de cette accentuation du syndrome caractériel. Semblable hypothèse nous a conduit à la sismothérapie qui a, en effet, amélioré les troubles de façon substantielle. La cure de Sakel ne semble guère indiquée, puisque nous tendons à éliminer la schizophrénie, et nous craindrions de la voir provoquer un état de mal épileptique. Si les troubles continuent à se manifester et à s'accroître, la question se posera peut-être un jour de la lobectomie temporale droite. Elle devra être résolue prudemment et en tenant compte de l'éventualité si fréquente en pareils cas d'une récurrence de l'épilepsie temporale sur le lobe gauche, dont on sait qu'il n'est pas extirpable.

La séance est levée à 11 heures 45.

Le secrétaire général : .

Xavier ARÉLY.

Séance du 28 mars 1955

Présidence : M. Paul ABÉLY, président

En ouvrant la séance, le président souhaite la bienvenue au Dr TAYLOR, chargé de cours à l'Université de Pensylvanie (Philadelphie), qui assiste à la réunion.

COMMUNICATIONS

Traitement des états dépressifs de l'homme par de fortes doses de propionate de testotérone, par MM. G. BOITTELLE, Cl. BOITTELLE-LENTULO, A. ANTOINE et J. FORGET.

Le point de départ de ce travail fut une erreur incombant à un infirmier. Un malade de 48 ans rechutait depuis de nombreux mois dans des états dépressifs, qui cédaient de façon extrêmement temporaire aux électrochocs. Des injections intrarachidiennes d'air ne donnèrent aussi que des résultats très temporaires. Nous avons décidé d'essayer chez lui des injections de propionate de testotérone, 100 mgr., répétés dix fois, à plusieurs jours d'intervalle, furent prescrits, mais la consigne fut mal passée et l'infirmier pratiqua une seule injection de un gramme. Il se rendit compte rapidement de sa bétise, nous prévint, nous fûmes inquiets, et pendant deux jours l'état du malade parut justifier des craintes. Il ressentait une impression de malaise, était congestionné, avait des bouffées de chaleur, mais quelle ne fut pas notre surprise de constater, au troisième jour, que tout état dépressif avait cédé et que l'amélioration était plus profonde qu'avec les autres thérapeutiques. Le résultat se maintenant, le malade sortit, et depuis plus de deux ans, malgré des ennuis judiciaires, l'état s'est maintenu sans rechute. Nous savons bien que dans certaines affections gynécologiques de très fortes doses d'hormones mâles sont employées, mais sans atteinte d'une prescription aussi massive par injection. Nous avons réétudié ce problème, revu de près les interactions hormonales, l'action physique de la testotérone, et nous avons essayé chez d'autres malades l'hormone mâle à doses massives, commençant d'abord par une injection de 500 mgr., puis passant à celle d'un gramme, en raison de l'innocuité apparente de cette thérapeutique. Nous avons actuellement traité plus de 40 malades, avec des résultats favorables. C'est dans l'état dépressif de l'adulte et de la présénilité

que nos essais furent les plus heureux. La technique d'administration fut, dans tous les cas que nous avons retenus, une injection initiale et unique de un gramme, un repos de deux jours, et au troisième jour sont commencées des injections de 50 mgr., à intervalles de deux jours, et en nombres variables : 6 à 12 en moyenne. Afin d'éviter les troubles dus à l'injection, et sur lesquels nous avons insisté, des comprimés de largactil sont associés, à raison de quatre par jour.

Dans les heures qui suivent l'injection de un gramme, quelques réactions vasomotrices sont constatées : des bouffées de chaleur, des céphalées à localisation frontale, une certaine anxiété. On constate objectivement une certaine hyperhémie des téguments, particulièrement nette au niveau de la face, ces troubles d'ailleurs sont diminués par la prise de largactil.

Le tableau psychique se trouve modifié et, dans les heures qui suivent l'injection de un gramme, apparaît parfois une certaine excitation motrice, avec besoin d'activité et de dépense physique, une nervosité avec hypersthénie, d'autres fois, une impression vague de malaise, avec inquiétude et anxiété diffuse, rarement un état d'obnubilation intellectuelle avec onirisme. Le sommeil est généralement agité, avec des cauchemars, mais, si ces signes s'observent assez fréquemment, ils ne sont ni conscients ni totaux, et souvent une simple hypersthénie modérée, ou un peu d'anxiété, sont observées. Il nous est arrivé bien des fois de prescrire ce traitement à des malades non hospitalisés, sans observer d'incidents valables, et d'ailleurs des comprimés de 4560 R.P. jugulent rapidement ces malaises, qui ne sont d'ailleurs souvent que de courte durée.

L'effet thérapeutique porte à la fois sur la sphère instinctivo-affective et sur les fonctions intellectuelles. L'affectivité se modifie dès le début du traitement ; de triste et fatigué, le malade devient assez euphorique, sans caractère maniaque, la tristesse, la crainte et l'inquiétude s'estompent, l'anxiété est un peu plus longue à disparaître, l'asthénie, l'impression de fatigue, les sensations cénesthésiques, cèdent. Les idées de suicide disparaissent généralement avant la fin de la première semaine de traitement. L'intelligence redevient plus vive, l'attention se fixe mieux, la bradypsychie est levée, le jugement redevient progressivement normal et même, dans quelques cas de mélancolie délirante, les idées de culpabilité ou d'indignité ont disparu. Sur le plan somatique, nous notons une modification de la peau et des phanères : la peau est plus rosée, les stigmates de la sénilité s'atténuent, elle est moins sèche, moins plissée, les cheveux et les poils poussent plus rapidement. La force musculaire est augmentée, la résistance à la fatigue meilleure, une augmentation pondérale est fréquemment observée, ayant pu, dans un cas, atteindre 12 kilos. La tension artérielle, le pouls, la température et la glycémie ne sont pas modifiés de façon valable, par contre, une très nette augmentation de l'élimination des 17-cétostéroïdes est constatée dans les cinq cas que nous avons fait doser.

	AGE	AVANT TRAIT.	APRÈS TRAIT.	DOSE TOTALE	T
E. Nicolas.....	54 ans	7 mg./24 h.	12 mg /24 h.	1 800 mg.	35 j.
C. Calman.....	48 ans	8 »	16,7 »	1.400 mg.	33 j.
P. Paul.....	68 ans	8,7 »	17,9 »	1.400 mg.	24 j.
S. Numa	68 ans	7,8 »	15 »	1.300 mg.	20 j.
B. Maurice.....	40 ans	6,7 »	12,8 »	1.300 mg.	45 j.

Dans un seul cas, nous avons enregistré, quinze jours après le début du traitement, une réaction passagère au niveau de la prostate : pesanteur dans le bas-ventre, pollakiurie nocturne, le toucher rectal a montré une prostate augmentée de volume et douloureuse, le traitement étant arrêté, tout redevint normal en quelques jours.

Citons quelques observations très résumées, qui nous ont paru les plus instructives (1).

K... Clément, 43 ans. — Mélancolie anxieuse avec éléments délirants systématisés évoluant depuis un an, sans antécédents psychopathiques.

Etat physique déficient ; poids : 60 kg. ; tension artérielle : 11/8 ; à l'admission, légère amélioration après un début de traitement par électro-choc ; rechute au bout d'un an.

Dose totale de testostérone : 1.250 mgr. ; une injection de 1 gr. suivie de 8 injections de 25 mgr.

Effet du traitement : réaction après l'injection de 1 gr. ; régression des troubles en 15 jours. Sortie ; poids : 68 kg. ; tension artérielle : 14/8.

Recul de 7 mois.

M... Camille, 48 ans. — Mélancolie confuse réactionnelle, sans antécédents psychopathiques. De multiples séries d'électro-chocs, une injection d'air intra-rachidienne, une cure de sommeil, ont eu des résultats appréciables, mais passagers, la durée n'excédant jamais quelques semaines.

Dose totale de testostérone : 1.300 mgr. ; une injection de 1 gr., suivie de 12 injections de 25 mgr.

Effet du traitement : réaction pendant deux jours après l'injection de 1 gr. ; régression de tous les troubles dès la première semaine de traitement. Sortie.

Recul de 21 mois.

D... Gabriel, 46 ans. — Mélancolie délirante réactionnelle, ayant entraîné des abus éthyliques, au cours desquels le malade a essayé de se suicider. Une cure de désintoxication a produit une amélioration physique ; une cure de sommeil n'a eu que peu d'action sur le psychisme.

(1) Ces observations sont tirées de « Emploi du propionate de testostérone a doses massives dans le traitement des dépressions psychiques », A.-D. ANTOINE : Thèse, Strasbourg, 1955, 118 pages dactylographiées.

Dose totale de testostérone : 1.200 mgr.

Effet du traitement : régression du syndrome dépressif dès la 4^e injection. Sortie.

Recul de 18 mois.

E... Basile, 58 ans. — Episodes dépressifs relevant probablement d'une psychose maniaco-dépressive, sans troubles organiques associés. Les électro-chocs avaient eu une action favorable sur un épisode antérieur.

Dose totale injectée pendant l'hospitalisation : 1.250 mgr., 1 gr., suivi de 5 injections de 25 mgr. tous les deux jours, puis 5 nouvelles injections de 25 mgr.

Effet du traitement : l'injection de 1 gr. entraîne une réaction passagère, suivie rapidement d'une régression des troubles, permettant la sortie.

Recul de plus de 6 mois.

De C... Calman, 48 ans. — Syndrome de mélancolie délirante chez un traumatisé récent avec diminution des 17-cétostéroïdes. Rechute après amélioration provoquée par une cure de sommeil et des électro-chocs.

Dose totale de testostérone : 1.700 mgr. Dans un premier temps, injection de 1 gr. puis 8 injections de 50 mgr. ; ensuite, 6 injections de 50 mgr.

Effet du traitement : amélioration au cours de la deuxième semaine, mais persistance de troubles importants, qui ne paraissent pas influencés par l'administration de vitamine B12 ; un traitement symptomatique ayant eu un certain succès, l'administration de 6 injections de 50 mgr. de testostérone fait régresser les troubles et permet la sortie. 17-cétostéroïdes ont augmenté.

Recul de plus de 4 mois.

S... Gaetano, 74 ans. — Dépression chez un sénile accompagnant une tuberculose pulmonaire évolutive.

Dose totale : 1.300 mgr.

Effet du traitement : amélioration physique dès la première semaine, complétée par une régression complète des troubles dépressifs pendant la deuxième semaine, et se maintenant malgré l'isolement du malade.

Recul : 7 mois depuis l'arrêt du traitement.

B... Maurice, 40 ans. — Dépression consécutive à une période de surmenage avec diminution importante des 17-cétostéroïdes urinaires (6 mgr. 7 par 24 heures).

Dose totale : 1.300 mgr.

Effet du traitement : l'injection de 1 gr. provoque une réaction avec sensation de malaise, calmée par une faible dose de neuroplégiques suivie d'une amélioration, d'abord physique, ensuite psychique, qui a permis la sortie, le taux des 17-cétostéroïdes étant remonté à 12 mgr. 8 par 24 heures.

Recul : plus de 3 mois après l'arrêt du traitement.

P... Eugène, 45 ans. — Dépression chez un délirant interprétatif. Traitement antérieur : un premier accès en 1949 avait régressé avec l'administration de trois séries d'électro-chocs. L'épisode actuel n'a pas été influencé par les électro-chocs, associés aux neuroplégiques à faibles doses.

Dose totale : 2.500 mgr. 1^{re} série : 1 gr. + 7×50 mgr. = 1.350 mgr. ; 2^e série : 1 gr. + 3×50 mgr. = 1.150 mgr.

Effet du traitement : régression rapide du tableau dépressif et moindre extériorisation du délire malgré la poursuite d'injection de 50 mgr. Légère

rechute stoppée immédiatement par une nouvelle injection de 1 gr. Main-
tenu à l'hôpital psychiatrique en raison de son état délirant.

Recul : plus de 3 mois depuis l'arrêt du traitement.

K... Michel, 47 ans. — Dépression atypique chez un interprétatif. Trai-
tement antérieur : une série d'électro-chocs provoque une amélioration,
mais rechute au bout de trois semaines ; une 2^e série entraîne une amélio-
ration moins complète et le malade retombe dans le même état ; une injec-
tion d'air intra-rachidienne n'a qu'un effet partiel et passager.

Dose totale de testostérone : 7.900 mgr. 5 séries de 1.300 mgr. = 1 gr. et
12 injections de 25 mgr. ; 1 série de 1.400 mgr. = 1 gr. et 8 injections de
50 mgr.

Effet du traitement : les premières séries ont été suivies d'une amélio-
ration complète pendant 15 à 30 jours avec une réaction après l'injection
de 1 gr. ; la dernière série est suivie d'une amélioration complète, qui per-
siste encore deux mois après l'arrêt du traitement ; on a dû associer les
neuroplégiques pour calmer la légère excitation apparue après l'injection
de 1 gr.

Le malade est maintenant, vu l'évolution antérieure.

C... Paul, 50 ans. — Etat dépressif accompagnant un délire hypocon-
driaque avec affaiblissement intellectuel.

Traitement antérieur : une cure de sommeil avait fait disparaître l'état
d'anxiété, mais n'avait pas agi sur le délire, et une rechute s'était produite
après quelques semaines. Plusieurs séries d'électro-chocs étaient restées
sans résultat.

Dose totale de testostérone : 3.600 mgr. 3 séries de 1.200 mgr. : 1 gr. et
4 injections de 50 mgr.

Effet du traitement : la première série de testostérone a entraîné une
amélioration surtout physique, la deuxième série complète cette amélio-
ration, tous les signes dépressifs psychiques et physiques ont disparu, mais
les éléments hypochondriaques ne sont pas modifiés. La troisième série
déclenche un état d'excitation sexuelle, mais ne modifie plus le tableau.
Il n'y a pas eu d'action sur les éléments délirants.

Après deux mois, pas de rechute dépressive.

Dans ce travail, nous n'avons rapporté que les résultats touchant
des états dépressifs, mais nous avons essayé cette thérapeutique chez
d'autres malades, soit que ces troubles existent à l'état pur ou asso-
ciés à des éléments de dépression : troubles du caractère, délire hypocon-
driaque, psychasthénie, éléments démentiels plus ou moins avancés. Dans
aucun de ces cas un résultat valable n'a pu être obtenu.

Comme nous le voyons, certains malades ont présenté des réactions
avec effet de choc dans environ deux tiers des cas, un bon nombre
d'autres n'ont pas présenté de réactions vives à la suite de l'injection,
et leur guérison n'en a pas été moins valable. Il nous semble donc
que l'on ne puisse pas, comme nous l'avions pensé dès le début, mettre
le rôle thérapeutique uniquement en rapport avec le choc dû à une
injection d'un gramme de testostérone, et nous avouons qu'actuelle-
ment le mode d'action intime nous échappe encore, seules des recher-
ches biologiques précises pourront peut-être le préciser.

Résultats obtenus chez 22 schizophrènes hommes et 37 schizophrènes femmes traités par le 4 560 R.P., par M. A. DUPONT et M^{me} MAUDOUX-JOUBERT.

Nous présentons ici les résultats obtenus par le 4.560 R.P., employé seul comme sédatif depuis un an et demi à l'hôpital psychiatrique de Dury-lès-Amiens.

Nous avons suivi les méthodes de MM. J. Delay, P. Deniker et autres auteurs, en y apportant quelques modifications, comme nous l'avons signalé, dans notre dernière publication, à la Société médicale d'Amiens, le 6 octobre 1954.

Nous commençons le traitement de 4560 R.P. par une première cure d'injections intramusculaires, en augmentant lentement les doses (premier jour, une ampoule à 25 mgr. en deux fois ; deuxième jour, une ampoule et demie, à 25 mgr. en deux fois ; troisième jour, deux ampoules à 25 mgr. en deux fois), pour atteindre progressivement au septième jour la dose maxima journalière de 150 mgr., administrée en trois injections réparties au cours de la journée, pendant vingt jours.

L'administration des injections intramusculaires semble être la plus efficace, cependant, le nombre considérable d'injections et la mauvaise résorption du produit provoquent des indurations fessières étendues et fréquentes.

Afin de ne pas interrompre le traitement, les injections intramusculaires sont remplacées, pendant dix à quinze jours, par des suppositoires à 100 mgr., à la dose de deux, ou par des comprimés de 25 mgr., à raison de six par jour.

Les injections musculaires sont reprises ensuite, suivant la modalité indiquée plus haut. On doit en effet indiquer dès maintenant qu'il ne faut pas cesser le médicament, sous peine de voir les symptômes disparus réapparaître rapidement.

Les résultats obtenus sont parfois rapides, surtout dans les cas récents, mais, pour obtenir les résultats communiqués ci-après, le traitement doit être prolongé (alternance d'injections et de suppositoires), pendant parfois plusieurs mois, voire un an, sans arrêt.

Il semble également que le traitement doit être continué, après complète amélioration, pendant un certain temps, afin d'éviter les rechutes.

La tolérance au médicament est excellente. Les incidents sont rares. A l'institution du premier traitement nous avons noté chez des hypotendus quelques lipothymies, améliorées par l'injection immédiate de caféine à 0,25. Chez ces malades, l'augmentation des doses doit être progressive. De plus, présentement, quand la maxima est inférieure à 11, nous faisons précéder le traitement par quelques injections de cortine à 20 gr., et des perfusions de sérum glucosé isotonique, deux fois par semaine.

Parmi les incidents mineurs, nous avons observé : des hyperthermies fréquentes, nécessitant parfois de diminuer les doses en cours ; des retards éphémères de règles (dans la majorité des cas, au contraire, on assiste à leur réapparition).

L'écueil principal reste l'induration fessière douloureuse. Pour y remédier, chez quelques malades nous avons substitué dernièrement, aux injections intramusculaires trois fois par semaine, des perfusions intraveineuses et intrarectales de 4560 R.P., dilué dans du sérum glucosé isotonique, en suivant pour les doses le schéma déjà cité. Nous n'avons pas encore assez de recul pour juger de ce dernier mode d'administration. Nous avons abandonné les perfusions sous-cutanées, donnant lieu à des réactions allergiques eczémateuses, comme nous en avons souvent constatées chez le personnel soignant.

Dans les cas rebelles, quelques séances de chocs, ou bien une cure de Sakel, semblent avoir consolidé les progrès acquis et amélioré notablement certaines malades.

Bien que cette publication soit centrée sur le traitement des *schizophrénies*, nous devons signaler cependant que, depuis août 1953, nous avons traité 224 malades divers, soit 54 *hommes* et 170 *femmes*.

Le traitement paraît particulièrement efficace dans les cas d'excitation psychique. Il n'influe en rien l'évolution des psychoses obsessionnelles. Dans les autres syndromes mentaux, les résultats obtenus sont comparables à ceux des thérapeutiques antérieures.

Dans les schizophrénies anciennes, et surtout chez les *femmes*, les résultats ont dépassé nos espérances, comme le montre l'observation suivante :

OBSERVATION. — Les premiers troubles psychiques remarqués chez Mme M... remontent à 1946. Elle est à l'époque âgée de 33 ans. Récemment accouchée, elle allaite son enfant. Peu à peu elle devient bizarre, indifférente à l'égard de ses enfants et de son mari. Son activité diminue. Elle se plaint d'insomnies.

Hospitalisée dans le service de neuro-psychiatrie de l'hôpital d'Amiens, elle est traitée par des séances d'électro-chocs. Elle sort après deux mois d'hospitalisation sans amélioration.

Son mari est obligé de la reconduire dans le service où, malgré les traitements institués (électro-chocs, insulinothérapie, huile soufrée), l'état initial évolue vers l'agitation catatonique.

La durée des troubles et des complications administratives concernant le règlement des frais d'hospitalisation nécessitent son placement à l'hôpital psychiatrique de Dury-lès-Amiens, où elle entre le 31 mars 1952.

Le diagnostic porté à l'époque au certificat de vingt-quatre heures est celui de démence précoce.

Sur un fond d'inertie, de mutisme, d'indifférence, de sitiophobie, les impulsions violentes sont fréquentes et la malade est souvent signalée agitée. Elle déchire ses vêtements, casse la vaisselle, casse les vitres des fenêtres, et une fois essaie de passer par l'ouverture pratiquée.

Le gâtisme complique très vite ce tableau.

En août 1952, elle est mutée au quartier des gâteuses et jusqu'en septembre 1953 son attitude reste la même. Elle déchire ses vêtements, tente de s'évader. Le refus d'aliments est moins net ; reprise de poids de 6 kg.

Entre les périodes d'excitation, elle reste dans le mutisme, ne réagit pas lors des visites, est inerte, indifférente.

Elle ne prend aucune initiative : on doit l'habiller, faire sa toilette, la faire manger, la conduire aux water-closets. La nuit elle gâte. L'examen biologique et général ne présentant aucune contre-indication, le 17 mars 1954 débute le traitement par le 4560 R.P., suivant les modalités indiquées précédemment.

Pendant trois mois, les résultats sont peu apparents : diminution des périodes d'agitation, diminution du gâtisme. Elle ne déchire plus ses vêtements, ne brise plus la vaisselle.

A partir du mois de juin, l'amélioration est plus nette : la malade commence à faire sa toilette seule, sans y être invitée, et parle de son traitement. La voix, au début, est chuchotée, puis devient progressivement normale. Elle n'est plus signalée comme agitée. Le gâtisme a disparu.

Le 1^{er} juillet : elle tricote et conduit son travail.

Le 2 juillet : elle écrit à sa famille pour annoncer sa guérison.

Le 3 juillet : elle parle normalement et spontanément, tricote, et demande à se rendre à la messe.

Le 5 juillet : elle souhaite assister à la séance de cinéma et peut ensuite raconter le film.

Le 9 juillet : quatre mois après le début du traitement, Mme M... se déclare guérie, reconnaît avoir présenté des troubles mentaux, expose ses idées délirantes, les critique, donnant ainsi une explication à son attitude passée.

« En 1946, dit-elle, après avoir allaité mon enfant, je n'étais plus la même. Ça bougeait dans ma tête. Je ne dormais plus. Je me négligeais. Je ne mangeais plus. Je pensais au mauvais voisinage. Je voulais déménager, changer d'ambiance. J'ai été salle 27. On m'a fait des chocs. Je suis revenue non guérie.

« Je voulais rester couchée toute la journée. Pendant cinq ans, je n'avais plus de sommeil. J'avais mal à la tête et des nausées. Elle se rappelle, quand on le lui demande, qu'elle parlait moins et s'occupait moins de ses enfants.

« J'étais à bout de forces et restais étendue des journées entières. Je faisais des grimaces. Mon nez bougeait seul. En 1952, je suis venue à Dury. Je me souviens de tout. Je me croyais en enfer, et je commençais à penser qu'Arras était le paradis où se trouvaient mon mari avec les enfants.

« Je souffrais d'être seule en enfer. J'attendais qu'on m'emmène au paradis. Les infirmières avaient leur liberté. Elles étaient plus proches que moi du paradis, et aussi les travailleuses, car elles étaient capables.

« Après, je pensais que je n'étais pas morte et je voulais mourir. Je refusais de manger, j'étais tentée et après je le regrettais. Je pensais que pour aller au paradis il ne fallait pas manger, ni être pourvue de vêtements, et je déchirais mes habits.

« J'avais envie de tricoter et ne pouvais le dire. Je n'arrivais pas à m'expliquer, à prononcer. J'étais comme anéantie. Je me demandais pourquoi on tardait tant à m'emmener au paradis et je voulais fuir.

« Un jour, je me suis sentie plus forte. J'ai fait ma toilette pour gagner le ciel, puis, peu à peu, je me suis vue renaître. J'ai compris que j'avais été

malade et que j'étais guérie. Je pensais retourner près de mon mari et de mes enfants. J'allais revivre, c'était comme si j'avais dormi et que je me réveillais. C'est drôle, ma belle-mère, je l'avais pensée en enfer.

« Je ne pense plus à déménager. Je m'habituerai. Je vais retourner avec mon mari et mes enfants, reprendre ma vie de femme. »

En conclusion, cette malade, pendant trois mois de traitement au largactil, a présenté une amélioration légère, mais peu marquante. C'est au quatrième mois seulement qu'assez rapidement s'est opérée une transformation complète. Autrefois gâteuse, agitée, inerte, dans le mutisme, elle est devenue propre, calme, active, cohérente.

Mme M... est sortie le 28 août 1954 ; elle a repris une vie normale et s'occupe de son intérieur. Cet état se maintient depuis cette date.

Si une rechute reste toujours possible, le recul n'étant pas encore suffisant, on peut cependant parler de guérison. Il y a eu changement complet d'attitude, du comportement, et surtout analyse de l'état psychique au cours de la maladie, conscience du caractère pathologique de cet état et rectification des concepts délirants.

Après cette observation, nous examinerons l'ensemble des résultats obtenus dans la *schizophrénie*.

Notre statistique porte sur 59 cas : 22 malades *hommes*, 37 malades *femmes*.

a) MALADES DONT L'HOSPITALISATION REMONTE A MOINS D'UNE ANNÉE.

— 1° Chez les *femmes* : sur huit schizophrénies traitées, il y eut : un échec ; sept sorties, avec cinq améliorations nettes, dont la sortie remonte à un an, dix mois, trois mois ; deux rechutes, dont une a nécessité la réintégration.

2° Chez les *hommes* : le 4560 R.P. seul n'a donné aucun résultat, mais, en faisant suivre la cure de chlorpromazine par six séances d'électrochocs, nous avons obtenu des améliorations importantes. Egalement en administrant simultanément le 4560 R.P. et le benzogynœstryl.

Sur neuf cas récents traités, il y eut : quatre sorties remontant à cinq mois et trois mois ; cinq échecs à peu près complets.

b) MALADES DONT L'HOSPITALISATION REMONTE A PLUS D'UNE ANNÉE.

— 1° Chez les *femmes* : les résultats sont surprenants. Sur 29 malades chroniques, dont l'hospitalisation et le début des signes remontent à plus d'un an, nous avons obtenu :

Treize *améliorations complètes*. Chez neuf de ces malades, les troubles avaient débuté depuis plus de quatre ans, chez les quatre autres, la maladie évoluait depuis plus de deux ans. De ces treize malades, neuf sont sorties : trois depuis plus d'un an, quatre depuis sept mois, une depuis cinq mois, une seule a rechuté, mais peut être traitée à domicile. La sortie des quatre autres malades restantes est différée pour des raisons sociales.

Six *améliorations hospitalières*, avec reprise d'une activité à l'intérieur de l'établissement.

Neuf *très légères améliorations*, avec diminution de l'agitation, du gâtisme, cessation du mutisme, avec persistance de l'apragmatisme.

Le *seul échec total* a été constaté chez une lobotomisée.

2° Chez les *hommes* : le traitement a donné des résultats insignifiants ou nuls.

Chez sept malades on n'a noté aucune amélioration. Deux malades ont présenté une très légère amélioration dans leur comportement. Un autre a présenté une amélioration assez notable, mais qui ne s'est pas maintenue. Trois ont présenté une amélioration hospitalière, mais n'ont pu être employés en dehors de la section.

M. Cénac-Thaly, qui a repris les services des *hommes* en décembre 1954, a bien voulu continuer le traitement en cours, mais n'a pas depuis constaté d'autres améliorations, malgré l'adjonction de *benzogynœstryl* au *largactil*.

En résumé, et pour conclure.

1° Le 4560 R.P., employé seul comme sédatif, sans cure de sommeil, procure des améliorations dans un grand nombre de syndromes mentaux, à l'exception, semble-t-il, des psychoses obsessionnelles.

Chez les malades chroniques, ces résultats dépassent de loin tous ceux obtenus jusqu'à ce jour par les différentes thérapeutiques employées.

2° Le 4560 R.P. paraît surtout actif sous forme d'injections intramusculaires à doses élevées. Les autres modes d'absorption du médicament doivent être employés pour prolonger cette action ou la suppléer, lorsque l'on se trouve dans l'impossibilité de continuer ces injections.

L'effet de la médication est quelquefois lent à se manifester. Des améliorations ont été obtenues après un traitement très longuement prolongé.

Le gâtisme et le mutisme disparaissent d'abord. Le contact avec le malade devient plus aisé. Alors qu'il répondait au début à mi-voix, la parole devient plus claire, le ton s'élève, les réponses deviennent plus faciles.

Au début, le malade semble faire un très gros effort de recherche pour répondre aux questions posées. Ce n'est qu'après que l'on note une reprise légère de l'activité, puis, si l'amélioration progresse, une critique et une explication de l'état maladif, une modification en profondeur du psychisme, avec reprise du cours normal de la pensée.

3° Dans les cas de *schizophrénie* anciens, les résultats sont très différents, suivant qu'il s'agit de malades *hommes* ou de malades *femmes*.

Chez les *femmes*, on a obtenu des guérisons avec conscience, et explications de l'état maladif antérieur. Certaines de ces malades ont pu reprendre une vie sociale normale.

Chez les *hommes*, on a obtenu simplement une certaine modification du comportement, une tendance très légère de la reprise des contacts avec le monde extérieur, sans que tout ceci n'entraîne autre chose qu'une amélioration de l'ambiance hospitalière.

Syndromes d'allure extrapyramidale, crises oculogyres et chlorpromazine, par MM M. LETAILLER, J. MORIN et J. DEMAY.

L'action de la chlorpromazine, ou 4560 R.P., sur le système nerveux, et son pouvoir de « déconnexion » entre le cortex et les différentes formations sous-jacentes, sont connus, sinon complètement élucidés. Son utilisation, depuis ces derniers mois, à des doses de plus en plus élevées, et son emploi dans des conditions physiologiques particulières, ont fait apparaître des syndromes neuropsychiatriques transitoires et réversibles, dont la symptomatologie rappelle celle des états parkinsoniens. En France, Thiébaux et ses collaborateurs (réunion de Strasbourg-Nancy, compte rendu in *Annales médico-psychologique*, 1954), Bergougnan et Mme Régner (*Journal médical*, Bordeaux, 1954), P. de Boucaud et Fournial (*Journal médical*, Bordeaux, 1954), Hacquard, Mercier et Mlle Dampé (réunion de Strasbourg-Nancy, compte rendu in *Annales médico-psychologiques*, 1955) ont publié les premières observations de ces incidents thérapeutiques. D'autre part, le professeur Steck a rapporté, devant la Société médico-psychologique (*Annales médico-psychologique*, décembre 1954), les constatations de nos confrères suisses. Le film du professeur Baruk, J. Launay et Bergès (*Société médico-psychiatrique*, du 28 février 1955), illustrant leurs tout récents travaux sur l'intoxication expérimentale par la chlorpromazine des oiseaux et des mammifères, a montré l'apparition, avec des doses de plus en plus fortes de ce produit, de manifestations catatoniques de plus en plus marquées : somnolence, catalepsie et négativisme, enroulement fœtal et parésie. Les expérimentateurs n'ont pas observé de phénomènes extrapyramidaux proprement dits. Mais Didé, Guiraud et Lafage (*Revue neurologique*, 1921) n'ont-ils pas décrit un syndrome parkinsonien dans la démence précoce ? Pour Guiraud (*Paris médical*, 1927), « la conservation des attitudes imposées, les anomalies du tonus des agonistes et des antagonistes, les mouvements anormaux parasites et expressions mimiques, les positions stéréotypées » de la catatonie sont à rapprocher de la symptomatologie extrapyramidale.

Il nous a paru intéressant de signaler certains accidents passagers, dont nous avons été témoins à l'occasion des traitements par la chlorpromazine à hautes doses chez les malades mentaux.

L'hyposyntonie, qui a fait parler de « lobotomie fonctionnelle », la pauvreté mimique, la bradypsychie, l'akinésie ou la bradykinésie, l'impassibilité, sont les symptômes les plus banaux. Mais, dans beau-

coup de cas, l'examen quotidien et systématique des patients fait apparaître, non seulement la perte des mouvements automatiques et la dysharmonie kinétique, mais également une raideur musculaire nette, avec un signe de la roue dentée indéniable. Il s'agit là de phénomènes essentiellement fugaces, transitoires, variables d'un examen à l'autre, chez le même malade, pour une dose médicamenteuse inchangée, pas toujours en rapport avec la posologie, mais qui apparaissent surtout à partir de 200 mgr. Les plus bénins peuvent survenir avant que ce chiffre ne soit atteint, d'où la nécessité de les rechercher précocement. Trois schizophrènes, de type paranoïde, ont présenté, à des degrés variables, ces manifestations, qui ont régressé, puis disparu, avec la diminution ou l'arrêt du traitement.

Une autre schizophrène a présenté, de façon transitoire, une hypertonie importante et généralisée, plutôt d'allure catatonique, sans signe de la roue dentée ; mais, paradoxalement, alors que la malade ne prenait plus qu'un seul comprimé de 4560 R.P. (25 mgr.), est survenu un tremblement fin et fugace des mains et des doigts, et dont le caractère extrapyramidal n'était d'ailleurs pas net. Chez un déséquilibré en accès hypomaniaque, observé ces jours-ci, la dose de 250 mgr. a déclenché une sialorrhée inhabituelle, associée à une pauvreté de la mimique, à la perte du balancement des bras au cours de la marche et une attitude soudée.

Mais, surtout, il nous a semblé intéressant de rapporter l'observation détaillée d'une catatonique, chez laquelle a été constatée, outre ces symptômes déjà connus, l'apparition de crises oculogyres, fait qui paraît inédit dans la littérature médicale.

OBSERVATION. — Mme B... Marcelle, née le 19-1-1921, est entrée dans le service le 28-7-1950, venant d'une maison de santé privée, où elle avait été traitée sans succès par sismothérapie et cure de Sakel pour un état schizophrénique avec délire de structure paranoïde à thème d'influence, dissociation mentale, hallucinations psychiques et auditives, illusions sensorielles, troubles cénesthésiques, et déjà des phases d'opposition négativiste très nette, avec tendance à la conservation des attitudes. Ces troubles ont débuté en 1946 par un épisode confusionnel *post-partum*. Un accès confuso-onirique transitoire avait déjà compliqué un premier accouchement. Le syndrome puerpéral secondaire à la deuxième gestation a évolué progressivement et inexorablement vers la chronicité pour aboutir, quelques mois après l'admission, à un état catatonique typique, avec inactivité, mustisme habituel, refus partiel d'aliments, opposition, impulsions, malpropreté. Les différentes thérapeutiques entreprises (insuline, extraits hépatiques, sels d'or, etc...) n'ont réussi qu'à améliorer l'état général et à le maintenir satisfaisant (poids : 43 kg. en juillet 1950, 50 kg. en décembre 1951).

En janvier 1955, le bilan psycho-somatique fait avant l'institution du traitement par la chlorpromazine est celui d'une catatonique ancienne, grabataire et gâteuse. La faciès est pâle, atone, inexpressif ; le regard est figé et reste dirigé vers le sol, malgré les stimuli extérieurs ; les lèvres sont pinçées, traduisant l'occlusion tonique de la bouche. L'attitude revêt le type fœtal tel qu'il a été décrit dans les travaux cliniques et expérimentaux de

M. Baruk. La malade est couchée sur le côté gauche, en chien de fusil, les membres inférieurs en hyperflexion, les membres supérieurs en flexion, collés au corps. Les poings sont fermés, les quatre derniers doigts crispés s'enfonçant dans la paume de la main, le pouce en extension, étroitement appliqué sur la face externe de l'index correspondant. Il existe une hypotrophie thénarienne et hypothénarienne. La tête, fléchie sur le tronc, le menton touchant le thorax, ne repose pas sur l'oreiller.

Le négativisme se traduit par un mutisme absolu, qui empêche l'exploration du fond mental et une opposition difficile à vaincre : la tentative d'extension des bras ou des jambes provoque une hypertonie des muscles antagonistes et le déplacement en bloc de tout le corps. Il y a, non seulement suspension de l'initiative motrice et des kinésies automatiques, mais résistance aux mouvements passifs. Cette inactivité totale est entrecoupée de rares impulsions rapidement exécutées : la malade se lève, va distribuer gifles ou coups de poings à ses voisines, puis se recouche. Ordinairement, elle est comme statufiée dans son lit et en cinq ans n'a présenté aucun épisode d'excitation. L'incurie est complète et s'accompagne de refus d'aliments, de malpropreté, d'encoprésie et d'énurésie. L'indifférence affective et émotionnelle ne cède à aucune sollicitation.

L'état physique est satisfaisant : poids, 50 kg. ; tension artérielle, 12/8 ; température normale ; règles régulières ; réflexes ostéo-tendineux vifs. Les examens biologiques (azotémie, numération globulaire, formule leucocytaire, granulogramme de Benda, etc...) donnent des résultats normaux.

Le traitement par chlorpromazine, à doses progressivement croissantes administrées par voie orale, commencé le 17 janvier 1955, se poursuit sans incident notable, ni modification de l'aspect de la malade jusqu'au 2 février. Le 3, alors qu'elle prend huit comprimés de 4560 R.P. (soit 200 mgr.), elle présente, vers 19 h. 30, une déviation extrême des yeux vers le haut avec fixation des globes oculaires dans cette position et un plafonnement du regard, qui évoquent indubitablement une crise oculogyre. Le faciès est vultueux et un peu grimaçant. A ces troubles oculaires s'associent des sueurs très abondantes, d'odeur aigrette, au niveau de la face, des membres supérieurs et du tronc. Bien que le fond permanent d'hypertonie dû à l'opposition persiste, le signe de la roue dentée est net. Malgré l'absence de tremblement, l'aspect de la malade, l'attitude des mains et des membres, la raideur, semblent caractéristiques d'un syndrome extra-pyramidal. La tension artérielle est à 10/5, le pouls à 96 pulsations-minute, la température à 36°8. L'incident dure une demi-heure, puis tout rentre dans l'ordre brusquement, et le traitement est poursuivi.

Le 11 février 1955 (la dose de 4560 R.P. atteint alors 275 mgr.), à 18 h. 30, on constate l'apparition d'une nouvelle crise oculogyre, sans sueurs, sans tremblement. L'attitude est modifiée : la malade couchée sur le dos, les bras en croix, fait penser au classique pathéticismus de Kahlbaum. A ce moment-là, le relâchement de l'opposition facilite la mise en évidence d'un signe de la roue dentée manifeste, non camouflé par l'hypertonie catatonique habituelle. La crise oculogyre ne dure que quelques minutes.

Le 16 février (la malade absorbe 300 mgr. de 4560 R.P.), survient à 11 h. 30 une troisième crise oculogyre typique de quelques minutes, qui se renouvelle à 14 h. 30 et persiste jusqu'à 17 h. 30, avec des phases de rémission de durée variable. Il existe en outre une ébauche de tremblement de la tête et des mains. Mais, surtout, cette crise oculogyre coïncide avec l'apparition

d'une éruption érythémateuse maculo-papulaire (petits éléments de la grosseur d'une tête d'épingle) au niveau du cou et des membres supérieurs ; à la face, elle est maculaire, confluyente, dans les régions périnasale, mentonnière, péri-auriculaire, à la racine des cheveux ; elle respecte les joues, qui restent blanches, et prennent un aspect souffleté. Il n'y a pas de fièvre.

Le 18 février, l'érythème s'est généralisé, atteignant en particulier l'abdomen et les membres inférieurs. Il n'y a pas d'énanthème. L'aspect ne s'est pas modifié, mais on note l'apparition d'une bouffissure, d'un œdème blanc, dur, de la face, net surtout dans la région sous-orbitaire, qui évoque le pseudo-œdème de Dide. Devant ces différents signes, le traitement par chlorpromazine est arrêté. L'urée sanguine est à 0,40, il n'y a ni albumine, ni éléments anormaux dans les urines. La nuit suivante, on constate une poussée de sueurs associée à un tremblement discret, généralisé, mais transitoire.

Le 19 février, il persiste un œdème modéré de la face. L'éruption est très marquée au niveau des membres inférieurs et semble prurigineuse (lésions de grattage). Le même jour, on note une réaction très positive à la revaccination antivariolique pratiquée le 13 février : existe-t-il un rapport entre cette réaction et l'exanthème, ou s'agit-il au contraire d'une éruption rappelant celles décrites par Guiraud et Porot chez les parkinsoniens ?

Cette période est en outre marquée par la diminution nette de certains signes de la série catatonique : la malade prononce quelques paroles, soit incohérentes, soit cohérentes ou protestataires : « Laissez-moi tranquille..., on met du poison dans mon lait... Je ne veux plus de piqûres..., j'ai froid... » ; elle répond par monosyllabes (oui ou non) aux questions posées. Ces ébauches de contact alternent avec des phases de mutisme. Parallèlement, il y a une reprise partielle de l'activité : Mme B... se lève pour se rendre aux toilettes, elle éprouve le besoin de sortir de son lit, de s'habiller, de se chauffer... S'agit-il d'une régression des symptômes catatoniques, ou de troubles de type « acathisie » des parkinsoniens ?

Le 20 février, sous l'influence des anti-histaminiques, l'éruption et la bouffissure faciale diminuent, puis disparaissent. Le 23 février, le traitement par la chlorpromazine est repris (5 comprimés *pro die*). Le regard devient mobile, la mimique moins atone, la malade semble s'intéresser à ce qui se passe autour d'elle, suit des yeux les personnes qui circulent devant elle. Le contact avec l'ambiance est meilleur, malgré la persistance du mutisme. Par ailleurs, l'hypertonie des membres et la roue dentée existent toujours.

Le 28 février, la dose étant de 225 mgr., apparaît à 16 h. 30 une cinquième crise oculogyre, qui dure un quart d'heure et cesse brusquement. Aussitôt après, la malade se lève, va converser avec une voisine (« je crois que je vous connais »), explique son geste aux infirmières (« cette dame habite dans le même pays que moi »), puis se recouche. Les jours suivants, on constate une nette diminution de l'hypertonie et la disparition intermittente du signe de la roue dentée. La malade continue d'adresser aux infirmières quelques paroles adaptées au moment de la toilette et du goûter ; elle répond au bonjour, tend la main et a même écrit une lettre à la surveillante pour réclamer sa valise. Le gâtisme devient épisodique, l'alimentation se fait quelquefois sans aide.

Depuis, les phases d'amélioration alternent ainsi avec le retour à l'état catatonique antérieur et son cortège habituel : mutisme, négativisme, incontinence. Bien que la dose quotidienne de 4560 R.P. ait été portée à 400 mgr. depuis quinze jours, aucun phénomène oculo-moteur n'est apparu. L'hyper-

tonie revêt une intensité variable d'un jour à l'autre et même d'un instant à l'autre. Parfois, le signe de la roue dentée peut être mis en évidence, non seulement aux articulations du coude, du poignet, mais même aux doigts ; aux pieds, les réflexes de posture sont nets. Il est souvent difficile de faire la part de la « composante extra-pyramidale » (Guiraud) de la catatonie et celle du syndrome toxique. Il aurait été très utile de pratiquer, chez cette malade, une étude des chronaxies musculaires et des épreuves électromyographiques.

En résumé, des doses importantes de 4560 R.P. (200 à 400 mgr.) ont fait apparaître épisodiquement chez une femme atteinte de catatonie ancienne et, semblait-il, fixée, des symptômes de la série extra-pyramidale en même temps qu'une amélioration sensible de l'état mental : en premier lieu, des crises oculogyres absolument caractéristiques (5 crises avec des doses médicamenteuses différentes, mais toujours supérieures à 200 mgr.), mais aussi de la raideur musculaire, et le phénomène de la roue dentée, des signes vasomoteurs, sécrétoires, neuro-végétatifs ; le tremblement a été plus exceptionnel et jamais n'a revêtu de façon indiscutable l'aspect typique qu'il a chez les parkinsoniens.

Il ne semble pas niable, en effet, que les accidents décrits sont imputables à la posologie élevée de la chlorpromazine. Ces troubles neuropsychiatriques transitoires, fugaces et variables, sont essentiellement réversibles. En principe, ils ne s'extériorisent qu'avec des doses importantes de 4560 R.P. Mais il existe probablement des susceptibilités individuelles, qui favorisent leur apparition, avec des doses beaucoup plus modérées. L'altération de l'état général et les désordres métaboliques des malades de M. Bergouignan, de M. Hacquart (conférer *Annales médico-psychologiques*, 1954), et de leurs collaborateurs, justifient cette hypothèse. Cependant, chez les alcooliques, nous avons souvent administré (conférer *Annales médico-psychologiques*, 1954), 150 mgr. par voie intraveineuse sans noter d'incident ; il est possible d'ailleurs que l'élimination soit plus rapide par cette voie. Si l'on admet les conceptions de M. Guiraud, contre lesquelles se sont élevés MM. Claude, Baruk et Thévenard, l'atteinte antérieure du système extrapyramidal ne peut-elle pas constituer un terrain propice à l'éclosion de ces troubles ? Ce serait dépasser le cadre de cette publication que de remettre en cause la pathogénie et la physiopathologie du syndrome catatonique.

Les syndromes parkinsoniens, ou « paraparkinsoniens » observés revêtent, par l'ensemble de leur symptomatologie, le type post-encéphalitique classique, qui a fait l'objet des remarquables travaux de la réunion de la Société de neurologie des 3 et 4 juin 1921 : rareté du tremblement, aspect de l'hypertonie, hypersalivation, et surtout crises oculogyres. Les expériences de P. de Boucaud et Fournial sont un argument supplémentaire en faveur de cette parenté : tous les signes extrapyramidaux disparaissent en effet sous l'action de la scopolamine ou du tri-hexy-phénidyl (Artane).

Les crises oculogyres posent un problème pathogénique difficile à résoudre. Elles constituent « la partie la plus visible et la plus étrange

d'un état paroxystique complexe », selon l'expression de Delbeke et van Bogaert, qui insistent en outre sur le rôle important des facteurs psychique et endocrino-végétatif. Aucune des théories classiques cortico-pyramidale, otolithique ou vestibulaire, n'est entièrement satisfaisante. Leur reproduction quasi-expérimentale par la chlorpromazine peut donner une idée des structures nerveuses responsables de leur genèse si l'on connaît les points d'attaque de cette drogue. L'hypothèse d'un trouble circulatoire, d'une vaso-dilatation locale passagère, ou d'une réaction œdémateuse transitoire, chez un sujet prédisposé constitutionnellement, ne paraissait pas suffisante pour expliquer tous les troubles.

Classiquement, l'oculogyrie est sous la dépendance de deux systèmes, l'un cortical, l'autre sous-cortical : d'une part, les fibres aberrantes de la voie pédonculaire, auxquelles on peut rattacher les fibres directes fronto-labyrinthiques de Delmas-Marsalet ; et, d'autre part, le contingent de la bandelette longitudinale postérieure (associant à double courant les noyaux oculo-moteurs et vestibulaires), et le faisceau central de la calotte (unissant le diencephale aux formations sous-jacentes, en particulier les noyaux vestibulaires). Les connexions cortico-strio-vestibulaires de Fulton, Bucy, Ajuriaguerra, et la plupart des anatomistes modernes, justifient la possibilité d'une inhibition exercée par les corps striés sur l'action tonigène des noyaux vestibulaires (entre autres sur les centres de l'oculogyrie), et par suite les troubles oculaires secondaires aux lésions striées. Enfin, l'étude par Aubry (*Oto-neurologie*, 1944) des réactions vestibulaires au moment des crises oculogyres post-encéphalitiques confirme cliniquement l'existence des connexions oculo-vestibulaires et l'association des troubles oculo-moteurs aux altérations vestibulaires (Barré et Duverger, Velter).

Les travaux récents de Moruzzi, Magoun et Terzian (*Semaine des hôpitaux*, 22 février 1954), d'une part, de Hiébel, Bonvallet et Dell (*Semaine des hôpitaux*, n° 37, juin 1954), de Cathala et Pocidalo, B. et P. Chauchard, d'autre part, ont mis en valeur le rôle neurophysiologique important joué par la formation réticulaire bulbo-méso-diencephalique, et l'action inhibitrice qu'exercerait sur elle la chlorpromazine. La formation réticulaire, qui contient dans sa profondeur les grandes voies d'association (faisceau central de la calotte, bandelette longitudinale postérieure), serait elle-même constituée par un lacs de fibres longitudinales et transversales, et par des cellules disséminées ou groupées en amas. Ces noyaux cellulaires, à fonctions de relais ou à rôle végétatif, se retrouvent aux différents étages de l'axe cérébral, en particulier au niveau du bulbe, où ils régissent les centres vitaux respiratoires, cardiaques, vasomoteurs, sécrétoires et métaboliques. Ceci expliquerait le rôle de la formation réticulaire dans l'association intersegmentaire motrice et sensorio-végétative, dans l'intégration et la coordination des centres végétatifs, en plaçant les inférieurs sous le contrôle des supérieurs. La dépression pharmacologique de

la formation réticulaire et de ses collatérales par le 4560 R.P., démontrée par Terzian et Dell dans des études électro-encéphalographiques et électrophysiologiques, libérerait l'action tonigène des noyaux vestibulaires sur les noyaux oculomoteurs, et provoquerait ainsi les crises oculogyres. D'ailleurs, Helsmoortel et van Bogaert (*Revue neurologique*, 1927) rapportaient déjà les crises oculogyres de l'encéphalite à une lésion « supra-nucléaire située dans la substance grise sous-épendymaire des ventricules », et en faisaient un « équivalent épileptique tonique extra-pyramidal ». Les autres manifestations de parkinsonisme, dues au 4560 R.P., pourraient être rattachées au même mécanisme, qu'il s'agisse d'hypertonie hypokinétique, de troubles vasomoteurs ou neurovégétatifs. Thiébaux et Hacquart, ayant remarqué la prédominance de l'hypertonie sur le tremblement, concluent à une action du 4560 R.P. à un « niveau plus mésocéphalique que lenticulo-strié ». En fait, il est impossible de délimiter l'action de la chlorpromazine à un niveau de structure précis : il s'agit, plus vraisemblablement, d'une activité vasculo-nerveuse diffuse, intéressant sans doute à la fois la formation réticulaire et les voies d'association individualisées qu'elle contient, ainsi que les connexions avec le cortex.

Quel que soit le point d'action, cette explication des troubles par une rupture partielle et temporaire des voies d'association a le mérite de rendre compte de leur *réversibilité*. Caractère qui distingue ces syndromes extrapyramidaux passagers des états parkinsoniens post-encéphalitiques, résultant de lésions définitives et étendues du pallidum, du locus niger et de leurs connexions (C. et O. Vogt, Ramsay-Hunt). Les troubles provoqués par le 4560 R.P. répondent à une libération fonctionnelle et transitoire des centres tonigènes sous-pallidaux, à laquelle s'associe vraisemblablement une diminution du contrôle cortical.

Quelle que soit leur pathogénie, les incidents observés n'ont pas empêché une amélioration sensible, et parfois même surprenante, de l'état mental des malades. Nos constatations ne constituent pas une critique contre le traitement des psychoses par des doses élevées de chlorpromazine, traitement dont différents auteurs ont signalé les bienfaits, et dont nous avons nous-mêmes constaté les effets.

Premiers résultats du traitement par la chlorpromazine d'un nombre important de malades chroniques, par MM. M. HYVERT, H. FAGARD et J. HUCHON.

Nous apportons les premiers résultats d'une expérience importante de traitement de malades chroniques par la chlorpromazine ; celle-ci se poursuit actuellement sur un ensemble de près de 200 malades.

En raison de la surveillance qui est nécessaire, surtout au début, tous les malades n'ont pas été mis ensemble au traitement.

Nous avons commencé par des groupes de 10 ou de 20, et progressivement d'autres groupes ont été traités.

L'expérience se poursuit, et se poursuivra encore pendant quelques mois, cependant, dès maintenant, nous pouvons apporter les résultats des premiers groupes, résultats qui dépassent de beaucoup tous ceux que l'on pouvait obtenir par les thérapeutiques actuellement connues.

1° Malades traités. — Les malades comptent en majorité des déments précoces, des schizophrènes, des psychoses paranoïdes et quelques psychoses hallucinatoires.

L'ancienneté de l'affection est en général importante.

Aucun malade n'a moins de 2 ans d'évolution. La plupart sont suivis depuis 5, 10 et 15 ans, l'un d'eux depuis 25 ans.

Antérieurement, tous ces malades ont été traités par les procédés actuellement connus sans aucun résultat, ou avec des résultats extrêmement légers et transitoires.

Au moment de l'application du traitement, la plupart d'entre eux étaient inactifs, indifférents, sans aucun contact avec le monde extérieur, ayant souvent des troubles profonds du cours de la pensée, et pour les psychoses paranoïdes, des troubles psycho-sensoriels importants.

Pour le plus grand nombre, il existait une imprégnation bacillaire atypique, objectivée par un granulogramme pathologique absolument irréductible malgré de très nombreux traitements, soit par les antibiotiques, soit par les sels d'or, soit par la tuberculine.

Rien ne permettait de penser qu'aucun de ces malades était susceptible de se modifier dans les mois ou dans les années à venir.

2° Technique. — La technique employée a été la suivante : injections intramusculaires quotidiennes de six ampoules de 0 gr. 025 de chlorpromazine en trois fois : matin, midi et soir.

La dose n'est pas employée d'emblée ; pour surveiller leurs réactions, les malades reçoivent, le premier jour une ampoule le matin, le deuxième jour une ampoule le matin et une à midi, le troisième jour une le matin, une à midi et une le soir, et ainsi de suite jusqu'à l'obtention de la dose voulue de 150 mgr. par jour.

Cette progression peut être modifiée par suite des réactions des malades.

Surtout au début, le pouls, la température et la tension artérielle sont surveillés de très près.

Une température élevée, une baisse considérable de tension, de l'arythmie nous ont parfois conduits à ralentir la progression.

Les injections ne peuvent être guère continuées au-delà de 20 à 21 jours car elles deviennent rapidement très douloureuses ; au bout de 21 jours, elles sont alors arrêtées et remplacées par des comprimés à une dose de 50 % ou 100 % plus élevée, en trois ou quatre prises, après les repas.

Après une vingtaine de jours de comprimés, les injections sont recommencées, et ainsi de suite.

Quelques malades ont reçu des doses plus élevées : sept à huit ampoules par jour, ce qui représente 175 à 200 mgr., et par comprimés nous sommes allés jusqu'à 400 mgr.

Chez certains malades où il existait des indurations particulièrement importantes, des injections d'hyaluronidase ont permis de rapides résorptions.

3° *Action de la folliculine.* — La folliculine semble favoriser d'une manière extrêmement importante l'action de la chlorpromazine.

D'après les renseignements fournis par ceux qui avaient une expérience plus ancienne de l'emploi de la chlorpromazine chez des malades chroniques, nous avons constaté que les résultats paraissaient infiniment plus favorables chez les femmes que chez les hommes. On pouvait alors émettre l'hypothèse d'une action hormonale en raison de la différence de l'équilibre hormonal dans les deux sexes. La folliculine semblait pouvoir être mise en cause. L'expérience nous a donné raison.

Nous avons commencé par donner à nos premiers 20 malades hommes un œstrogène de synthèse ; ils ont reçu chaque jour un comprimé de 5 mgr. d'hexœstrol pendant plusieurs mois. Une certaine congestion mammaire a été quelquefois observée.

Les résultats de cette première série ont été excellents.

Pendant la première série d'injections, plusieurs malades se sont améliorés et très rapidement la plupart d'entre eux ont repris un bon contact avec le monde extérieur.

Pour faire la contre-expérience, nous avons mis une autre série de vingt malades à peu près semblables au traitement par les injections de chlorpromazine sans hexœstrol ; quinze jours après la première série, aucun des malades n'avait présenté la moindre modification ; on leur a adjoint alors 5 mgr. d'hexœstrol quotidien, et très rapidement, en moins de 48 heures, plusieurs d'entre eux se sont modifiés d'une manière très spectaculaire.

On peut donc considérer ce fait comme absolument expérimental et on peut affirmer que la présence de folliculine, ou tout au moins d'œstrogène de synthèse, rend beaucoup plus efficace l'action de la chlorpromazine.

Une constatation semblable a pu être faite chez les femmes.

Certaines d'entre elles, très nettement hypofolliculiniques, ne présentaient aucune amélioration après un traitement assez intense par la chlorpromazine ; dès qu'on leur a adjoint de l'hexœstrol, à raison de 5 mgr. par jour, l'amélioration est survenue, et souvent d'une manière spectaculaire, en moins de 48 heures.

A noter que, malgré les doses employées, nous n'avons eu pratiquement aucun incident.

Seule une malade, qui n'était pas nettement hypofolliculinique, a vu ses règles un peu augmenter en durée et en abondance après l'administration d'hexœstrol. Il n'est pas facile d'interpréter cette action de la folliculine.

On pourrait admettre avec Baruk qu'il y a une modification de la circulation cérébrale dans le sens de la vaso-dilatation, et que peut-être cela favorise l'action de la chlorpromazine.

On peut penser aussi que l'action de la folliculine, en agissant sur l'hypophyse, et secondairement sur la région hypothalamique, modifie les conditions d'action de la chlorpromazine, qui paraît particulièrement active dans la région hypothalamique.

4° *Incidents.* — Nous n'avons eu aucun accident. Cependant, certains incidents se sont produits, tels que : apparition de poussées thermiques, accélération importante du pouls, baisse importante de la tension artérielle avec lipothymies.

Ces troubles se sont avérés dans l'ensemble assez légers et cédant rapidement, soit à une modification du traitement, soit à l'action d'une thérapeutique appropriée.

Chez deux malades, nous avons vu réapparaître des accidents de nature tuberculeuse : l'une a fait une poussée évolutive, d'ailleurs peu active, l'autre a vu revenir une pleurésie ancienne, qui a guéri aussi assez rapidement. Dans les deux cas, l'amélioration de l'état mental a été importante.

Nous avons observé quatre ictères, uniquement chez des hommes qui n'avaient aucun antécédent hépatique. Il s'est produit quelques jours auparavant une poussée thermique jusqu'à 39°5, d'une durée de quelques jours et sans cause apparente. Ces malades avaient reçu des doses importantes de chlorpromazine avec hexœstrol.

Ces ictères ont été bénins ; ils ont disparu en huit à dix jours, et l'on a pu reprendre le traitement sans inconvénient apparent.

Enfin, chez des sujets âgés, nous avons observé des œdèmes blancs et mous prenant l'empreinte du doigt. Ils siégeaient surtout aux membres inférieurs mais pouvaient s'étendre au reste du corps et à la face. Il n'y avait pas d'albumine dans les urines. Ils ont disparu en général facilement par la réduction des chlorures. Dans un cas assez rebelle, nous avons utilisé avec succès les résines synthétiques.

RÉSULTATS. — Nous ne fournirons les résultats que de nos premières séries de malades traités.

En effet, nous n'avons pas assez de recul pour pouvoir apprécier ceux-ci chez les malades qui ont été mis récemment au traitement.

La première série de malades comportait 21 hommes, 10 femmes d'ancienneté moyenne, et 19 femmes d'ancienneté beaucoup plus importante. Certains malades, rapidement améliorés, n'ont reçu qu'une série d'ampoules ; d'autres ont reçu deux ou trois séries d'ampoules avant de voir une amélioration substantielle se produire. Enfin, une quatrième série d'ampoules est actuellement en cours chez les malades qui n'ont subi qu'une amélioration insuffisante.

Un tel traitement représente une durée de cinq mois.

Les malades comprennent 21 déments précoces, 7 schizophrènes, 11 psychoses paranoïdes et un catatonique.

Actuellement, 9 malades sont sortis et ont repris une activité sociale normale, 11 malades sont sortables immédiatement, dès qu'une assistance convenable aura pu être réalisée, 17 malades ont subi une amélioration extrêmement importante, au point de reconnaître leur état morbide, d'en faire la critique et de reprendre une activité pragmatique cohérente, 9 malades ont subi une amélioration très sensible, quoique inférieure à celle des précédents, enfin, 4 malades n'ont subi aucune amélioration.

Pour cette première série, nous avons :

Malades traités	50	(21 hommes, 29 femmes)	
sortis	9	(4 hommes, 5 femmes)	18 %
sortables	11	(4 hommes, 7 femmes)	22 %
très améliorés ...	17	(7 hommes, 10 femmes)	34 %
améliorés	9	(4 hommes, 5 femmes)	18 %
non modifiés	4	(2 hommes, 2 femmes)	8 %

Au total, 74 % des malades ont subi une amélioration très importante, avec la disparition ou très forte atténuation du syndrome, reprise de l'activité pragmatique, critique de l'état morbide, et, pour les plus améliorés, reprise de l'activité sociale.

La deuxième série comprend 50 malades (18 hommes, 32 femmes).

Deux séries d'ampoules ont été pratiquées ; les résultats sont les suivants :

sortis	2	(pas d'homme, 2 femmes)	4 %
sortables	8	(5 hommes, 3 femmes)	16 %
très améliorés	18	(5 hommes, 12 femmes)	34 %
améliorés	17	(5 hommes, 10 femmes)	30 %
non modifiés	9	(3 hommes, 5 femmes)	16 %

On voit que le pourcentage des améliorations importantes baisse rapidement et n'atteint que 54 %.

1° *Caractère des améliorations obtenues* : L'amélioration débute en général par une reprise d'un contact meilleur.

Le malade qui, jusqu'alors, était indifférent, inactif, souvent sale, devient propre, reprend un bon contact avec l'interlocuteur et s'intéresse à ce qui l'entoure. En deuxième lieu apparaît un désir d'activité. Le malade demande à s'occuper. Ensuite, il fait la critique de son état, reconnaît avoir été malade et déclare qu'il va mieux. En même temps, on voit disparaître les autres symptômes morbides, en particulier les troubles du cours de la pensée, les hallucinations, les interprétations délirantes, les idées délirantes, etc...

Il est à noter que cette amélioration se fait en profondeur, dans des proportions absolument inconnues jusqu'à ce jour : une reprise à peu près totale de l'affectivité, une régulation absolument inattendue de toutes les fonctions psychiques, et une conscience parfaite de l'état morbide avec critique.

Un malade présente, même après amélioration importante, une persistance de quelques hallucinations, mais il les considère comme des symptômes morbides, au point que celles-ci peuvent être qualifiées d'hallucinoïdes ; d'ailleurs, il déclare que ces hallucinations disparaissent lorsqu'il est au travail. Il faut noter aussi la compréhension remarquable du malade, qui accepte volontiers la continuation du traitement et l'organisation de sa sortie.

La plupart des malades ont été capables d'apprendre des activités nouvelles, soit sous forme de jeux, soit sous forme de travail ; beaucoup d'entre eux ont été envoyés à la ferme de l'établissement, où ils ont provoqué un certain étonnement par l'intelligence de leur travail et la bonne volonté qu'ils ont manifestée.

Un phénomène qu'on peut rapprocher de celui qui a été décrit par Baruk chez les animaux a pu être observé. Cet auteur a signalé (1) que chez le chat l'injection d'une dose importante de chlorpromazine

(1) *Société médico-psychologique* du 28 février 1954.

entraîne un état d'apathie, qui ne s'accompagne pas de baisse de l'affectivité. Le chat est capable de présenter une manifestation immédiate de l'instinct prédateur en présence d'une souris. Or, nos malades, lorsqu'ils reçoivent des doses importantes, restent volontiers apathiques, inactifs, et en apparence indifférents, mais la moindre stimulation, jeu, travail, réveille leur affectivité, qui se montre alors très active.

Enfin, signalons que, comme le dit Labhardt (1), l'atmosphère des pavillons où l'on pratique un tel traitement est totalement modifiée, tous les malades sont calmes, présentent un intérêt inattendu les uns vis-à-vis des autres, et participent avec bonne volonté et initiative à la vie du quartier.

2° *Résultats par rapport à l'ancienneté* : L'ancienneté de la maladie semble jouer un rôle important, comme dans toute autre thérapeutique.

La série de malades femmes la moins ancienne comportait 10 malades, dont l'ancienneté de la maladie allait de deux à huit ans, avec une moyenne de cinq ans. Trois sur cinq sont sorties, trois sont sortables, une est très améliorée, et une n'est améliorée que d'une manière insuffisante, ce qui fait 50 % de sorties, 30 % de sortables et 10 % de très améliorées.

Chez les hommes, les résultats ont été, malgré la folliculine, un peu moins bons. Sur une série de 21 hommes, dont l'ancienneté allait de deux à dix ans, avec une ancienneté moyenne de cinq ans trois, nous avons eu quatre sortis, quatre sont sortables, sept sont très améliorés, cinq ne sont qu'améliorés partiellement, et un n'a subi aucune amélioration.

Enfin, dans une série de 20 femmes, présentant une ancienneté importante, allant de deux à seize ans, avec une moyenne de dix ans, on a obtenu les résultats suivants : pas de sorties, quatre malades sont sortables, neuf sont très améliorées, cinq sont améliorées et deux n'ont subi aucun changement. Bien que très encourageants, et même très spectaculaires, ces derniers résultats sont très inférieurs à ceux obtenus pour des séries de malades moins anciens.

3° *Résultats par rapport à l'état mental antérieur* : On n'a pas observé de grosses différences dans les possibilités d'amélioration suivant les catégories de malades. Cependant, il semble que les déments précoces simples, hétérophréniques, présentent dans l'ensemble des améliorations moins spectaculaires et moins complètes que les psychoses paranoïdes et les schizophrènes.

Nos résultats ne nous permettent pas actuellement de tirer des conclusions sur ce sujet.

4° *Résultats sur l'état physique* : L'état physique est considérablement amélioré. Les gains de poids sont en moyenne très importants.

(1) Largactil-Symposium du 28 novembre 1953. *Archives suisses de neurologie et psychiatrie*.

La série de femmes les moins anciennes a présenté des gains de poids allant de 2 à 10 kilos, avec une moyenne de 5,9.

Chez les femmes très anciennes, les gains de poids ont été de 1 à 17 kilos, avec une moyenne de 4,1.

Chez les hommes dont l'ancienneté était à peu près semblable à celle des premières femmes, nous avons eu des gains de poids allant de 1 à 25 kilos, avec une moyenne de 8 kilos.

L'appétit devient excellent, les malades mangent abondamment et demandent des suppléments, les forces reviennent.

Cependant, chez quelques malades, il persiste assez longtemps une fatigabilité assez marquée, qui ne disparaît que très progressivement lorsqu'on diminue les doses de chlorpromazine.

5° *Action sur le granulogramme* : Un phénomène assez surprenant s'est produit chez les malades qui ont été soignés.

Ainsi que nous l'avons noté plus haut, on n'avait vu le granulogramme se modifier par aucune thérapeutique antérieure ; or, après une ou deux séries de chlorpromazine, on a vu baisser le nombre des éléments pathologiques, souvent d'une manière importante.

Il n'existe pas un parallélisme étroit entre l'amélioration clinique et la normalisation du granulogramme (nous avons déjà montré pourquoi), mais chez les malades améliorés on observe toujours une diminution nette des éléments pathologiques.

Ces malades ont tous reçu de nombreux traitements de l'imprégnation bacillaire atypique.

Il nous apparaît donc que la chlorpromazine, loin de nous conduire à négliger le facteur étiologique (l'imprégnation bacillaire atypique), nous encourage au contraire à poursuivre le traitement étiologique, qui paraît plus actif dans ces nouvelles conditions. C'est ce que nous nous efforçons de faire maintenant.

CONCLUSIONS. — La chlorpromazine, employée à doses suffisamment élevées, et appliquée d'une manière continue, apporte donc, sur le traitement des malades chroniques, jusqu'ici irréductibles, des possibilités d'amélioration inconnues jusqu'à ce jour et inexplicables dans l'état actuel de nos connaissances.

Nous insistons sur la gravité de l'état des malades traités qui, sauf de rares exceptions, n'avaient que peu de chances d'être modifiés par aucun traitement. Ils avaient d'ailleurs épuisé toutes les ressources de la thérapeutique usuelle.

Les modifications de l'état mental se sont faites en profondeur, avec reprise totale du contact affectif, disparition ou atténuation marquée du syndrome, et critique des troubles morbides.

L'action de la chlorpromazine doit être poursuivie d'autant plus longtemps que le malade est plus ancien. Elle est considérablement renforcée par l'action de la folliculine ou des œstrogènes de synthèse (hexœstrol).

Malgré l'ancienneté de nos malades, les bons résultats obtenus sem-

blent être en partie dus à ce fait qu'ils ont reçu antérieurement des traitements étiologiques importants, et particulièrement les traitements de l'impregnation bacillaire atypique.

La chlorpromazine, en entraînant l'évolution vers la normale de granulogrammes irrémédiablement pathologiques, a eu une action heureuse sur le facteur étiologique, ce qui nous engage à poursuivre avec plus d'insistance encore le traitement étiologique en association avec elle.

DISCUSSION

M. L. FOUKS. — Dans une réunion en date du 18 février, la Société américaine de psychiatrie aurait reconnu l'action indiscutable du largactil et du serpasil dans les maladies mentales, et aurait annoncé la naissance d'une ère thérapeutique nouvelle.

Il n'est, en effet, pas douteux que l'on se trouve en présence d'une telle situation, et je ne peux que confirmer les résultats que j'ai annoncés à la Société médico-psychologique dans sa séance de novembre.

Depuis sept mois, toute thérapeutique de choc a disparu dans mon service, dont l'atmosphère a été profondément et fort heureusement transformée. Si les résultats sont indéniables dans les psychoses aiguës, ils sont cependant moins frappants en raison de l'efficacité qu'avaient les thérapeutiques de choc dans ces cas.

C'est pour cette raison que, dans les cas anciens et chroniques, ces thérapeutiques nouvelles semblent donner les résultats les plus saisissants, à tel point que mon personnel, frappé par cette efficacité, a tendance à penser que ces thérapeutiques sont beaucoup plus actives chez les chroniques.

Depuis deux ans, j'avais l'habitude de traiter mes malades par un complexe thérapeutique comprenant : phénergan, largactil, CH 36. Comme tout le monde, j'avais obtenu d'indiscutables résultats, mais ces derniers ne m'avaient pas paru justifier une communication et j'étais obligé d'adjoindre à cette thérapeutique la thérapeutique de choc. Mes chroniques ne présentaient néanmoins qu'une amélioration bien légère, sauf exception.

Je n'avais pu obtenir que : 4 à 5 bons résultats avec 2 à 3 sorties.

Depuis l'apparition du serpasil, tout a profondément changé. L'agitation, l'impulsivité et l'agressivité ont disparu du service et ces résultats sont d'autant plus frappants que la structure architecturale du service ne permet absolument pas de s'occuper activement des malades et les condamne à des conditions de vie lamentables.

Une statistique provisoire me permet de donner les résultats suivants pour le seul service des femmes car, depuis cinq mois, Bejot s'occupe des hommes que j'ai perdus de vue. Je crois, cependant, savoir que son sentiment corrobore le mien.

Sur 64 schizophrènes chroniques internés depuis plus de deux ans, et même pour la plupart depuis plus de cinq ans, on note : *résultats nuls ou pratiquement nuls* : 7.

Mais il convient de noter que trois malades refusent de prendre le serpasil et ne peuvent être traités que par largactil et phénergan intra-musculaire.

Résultats légers : 19 (disparition de l'agressivité et de l'agitation).

Sur ce nombre, deux refusent leur serpasil et il faut y ajouter les trois lobotomisées du service. Je n'insisterai pas sur ce fait si le Dr Le Guillant ne nous avait pas rapporté qu'il avait, lui aussi, l'impression que les malades lobotomisées semblaient réagir moins bien que les autres aux thérapeutiques médicales.

Résultats satisfaisants : 24 (sédation de l'agitation, normalisation du comportement social, reprise satisfaisante de l'activité).

Une de ces malades a d'ailleurs pu sortir le 3 mars. La durée d'évolution était de onze ans.

Bons résultats : 14 (7 ont déjà pu sortir, 3 sorties sont en cours).

La durée d'évolution des 7 sortants s'établit comme suit : 1 : 12 ans ; 1 : 11 ans ; 1 : 7 ans ; 4 : 6 ans.

Cette statistique est d'autant plus éloquente que les deux tiers de ces malades étaient traitées depuis des mois par le phénergan et le largactil, en plus des cures d'électro-chocs et d'insuline.

Comme je me propose de rapporter ultérieurement des résultats détaillés avec quelques observations, je me bornerai à quelques considérations théoriques.

Dans la plupart des cas, surtout au début du traitement, l'association serpasil, largactil, phénergan et CH 36 semble de loin être supérieure à toute autre thérapeutique. Il n'est pas douteux, cependant, que le serpasil ait une action prédominante. De nombreuses malades avaient déjà été traitées sans succès par le largactil-phénergan. Il a fallu l'introduction du serpasil dans la thérapeutique pour déclencher l'amélioration. D'autre part, en raison de l'asthénie et parfois de syncopes provoquées par l'association serpasil-largactil, j'ai de plus en plus tendance à diminuer assez rapidement, voire même à supprimer le largactil.

Quelques malades ont été traitées uniquement par le serpasil, et les résultats ont été excellents. J'ai l'impression d'avoir été le premier à attirer l'attention sur certains troubles biologiques produits par le serpasil. Si le serpasil paraît nettement plus actif, il est certain qu'il est aussi plus toxique.

Je conçois difficilement que les Américains aient pu l'employer aux doses massives qu'ils ont indiquées. Personnellement, je n'ai jamais dépassé 3 mgr. au début de la cure, et très rapidement je descends à des doses n'excédant pas le mgr., et souvent même inférieure.

Malgré cela, j'ai vu apparaître, dans mon service, une épidémie d'œdème. En raison de l'outillage insuffisant du laboratoire, il m'a été impossible d'étudier systématiquement ce problème. Je ne peux faire pratiquer que deux électro-cardiogrammes par semaine. Pendant quinze jours, j'ai pu avoir deux examens criométriques par jour.

Disons simplement que cet œdème semble s'accompagner, dans certains cas, d'un certain degré d'insuffisance cardiaque, qu'au point de vue biologique on trouve une élévation de la pression osmotique efficace, qui est d'environ de 0,59-0,60. La réserve alcaline paraît abaissée et se situe aux environs de 40. Dans un cas, on a noté une oligurie importante à un demi-litre par jour,

Enfin, on note une réaction leucocytaire, le nombre de globules blancs se situe aux environs de 15.000. Ces troubles n'ont jamais revêtu une gravité particulière. Il suffit d'arrêter le serpasil pour les voir disparaître rapidement. Ce fait suffit pour démontrer que la psychiatrie est entrée dans une ère nouvelle et qu'il devient impossible de traiter nos malades si l'on ne peut disposer d'un laboratoire bien équipé avec un matériel et un personnel suffisants.

Election de quatre membres titulaires

Après lecture du rapport de M. Ch. CHANÈS, au nom d'une commission composée de MM. J. DELAY, G. HEUYER, J. LAUZIER et Ch. CHANÈS, rapporteur, ont été élus *membres titulaires* : MM. Gabriel DESHAIES, Hubert MIGNOT, Yves POURSIÈS et Pierre SCHERRER, par 18 voix sur 18 votants.

Séance levée à 18 heures 30.

Le secrétaire général :
Xavier ABÉLY.

SOCIÉTÉS

Société française de neurologie

Séance du 3 février 1955.

Présidence : M. P. MATHIEU, président

La catatonie expérimentale par la chlorpromazine à hautes doses chez le singe et dans la série animale. Action thérapeutique du 4560 R.P. dans le traitement des maladies mentales en clinique humaine (à dose modérée et sans association médicamenteuse). par MM. H. BARUK, J. LAUNAY et J. BERGÈS.

Résultats de l'expérimentation de la chlorpromazine dans la série des vertébrés. Ces résultats vont, suivant les doses, du sommeil simple au sommeil cataleptique et à la catatonie expérimentale typique très nette chez le chat, la souris, et surtout chez le singe.

En clinique humaine, le 4560 R.P. peut donner des résultats remarquables, à condition d'être employé à des doses modérées, sans rechercher la cure de sommeil et surtout sans l'associer à d'autres hypnotiques et sans mélanges médicamenteux.

Etat de mal épileptique après intoxication au D.D.T.,
par MM. H. HÉCAEN et J.-F. DEREUX.

Etat de mal épileptique secondaire à une intoxication accidentelle par la poudre D.D.T. employée à l'état pur (inhalation et pénétration transcutanée). Guérison sans séquelles cliniques ni électro-encéphalographiques.

Corrélations électro-anatomo-cliniques dans un cas d'épilepsie psychomotrice, par MM. Th. ALAJOUANINE, I. BERTRAND, J. GRUNER et J. NEHLIL.

Observation d'épilepsie psycho-motrice datant de l'enfance et dans laquelle le décès est survenu accidentellement à 50 ans.

Il existait un foyer électrique temporel gauche. Au point de vue anatomique : atrophie du lobe temporel gauche prédominant sur la corne temporelle avec lésions corticales peu intenses des circonvolutions orbitaires et de l'insula, peu de lésions du noyau amygdalien contrastant avec l'atteinte considérable de la corne d'Ammon, aucune anomalie du côté opposé.

Les auteurs discutent le rôle des lésions de la corne d'Ammon dans l'épilepsie : sont-elles secondaires ou à l'origine des crises ? Il est possible que les deux mécanismes s'associent en un cercle vicieux pathologique. Rappel de la théorie pathogénique de Penfield de l'engagement temporel à la naissance.

Au point de vue thérapeutique, l'étude corticographique des formations de la face interne, et en particulier de l'hippocampe, représente, dans la cure chirurgicale de l'épilepsie temporelle, un temps important.

Etude anatomique et électrique de la corne d'Ammon chez 4 épileptiques ayant subi une hémisphérectomie, par MM. L. VAN BOGAERT, P. PAS-SOUANT, C. GROS et J. CADILLAC.

Les auteurs ont exploré électriquement, après hémisphérectomie, la corne d'Ammon, chez quatre malades. Dans deux cas, où il y avait de grosses altérations anatomiques, ils ont obtenu des ondes lentes rythmiques ; tandis que, dans les deux autres cas, où l'hippocampe était normal, les réactions électriques ont été nulles, ou simplement réactions de propagation. L'éprouvé de la stimulation électrique a montré qu'il y avait une participation certaine de l'hippocampe dans les anomalies obtenues dans les tracés électriques.

L'épilepsie pupillaire par MM. R. THUREL et Y. BALDACCII.

Trois cas d'épilepsie avec mydriase unilatérale ou bilatérale survenant, soit au cours des crises comitiales, soit isolées, réalisant une véritable épilepsie pupillo-palébrale.

Particularités sémiologiques et évolutives d'une myasthénie avec tumeur thymique, par MM. J. ROGER et J. BOUDOURESQUES.

Homme de 52 ans qui, en 1952, avait eu des crises comitiales et qui, en 1954, présente un tableau classique de myasthénie en rapport avec une tumeur du thymus. A cette occasion sont rappelés les rapports entre myasthénie et épilepsie.

Etude électrophorétique par la méthode de Tiselius des protéines sériques dans la myasthénie bulbo-spinale d'Erb-Goldflam, par MM. A. THÉVENARD et DE MENDE.

Electrophorèse des protéines chez six myasthéniques traités par la prostigmine, mais n'ayant subi aucune intervention chirurgicale. Les auteurs ont trouvé, de façon constante et à des degrés variables, une diminution des γ -globulines, suffisante pour provoquer, cinq fois sur six, une diminution du total des γ -globulines. Les autres fractions globuliniques ont varié dans des limites normales.

Myoclonies rythmées, bilatérales et symétriques, à cadence rapide, de la moitié supérieure du corps. Effet suspensif des phénothiazines, par MM. J. SIGWALD, H. RAYMONDAUD et Cl. PIOT.

Chez une femme de 52 ans, secousses myocloniques incessantes considérées comme une myoclonie rythmée, synchrone bilatérale. Tous les troubles moteurs disparaissent par l'injection intra-veineuse de chlorpromazine ; une dose d'entretien *per os* les atténue considérablement, mais ils réapparaissent par l'hyperpnée provoquée.

Un cas d'hydrocéphalie juvénile révélée par une aménorrhée primaire. Retour à la normale du fonctionnement ovarien après intervention neuro-chirurgicale (ouverture de la lame terminale), par MM. NETTER, E. WOLINETZ et G. SICARD.

Jeune femme de 22 ans, enceinte de quatre mois. A l'examen, il y a deux ans, pour une aménorrhée primaire avec état prépubertaire : grosse selle turcique qui motiva une ventriculographie. Celle-ci mit en évidence une hydrocéphalie considérable par sténose incomplète de l'aqueduc de Sylvius. L'ouverture de la lame terminale entraîna très rapidement l'apparition de la puberté. Le mécanisme d'action hormonale de l'intervention, le rétablissement de la sécrétion céphalo-rachidienne et la libération du diencéphale, ou bien un traumatisme léger de la tige pituitaire au cours des manœuvres opératoires sont discutés. Quoi qu'il en soit, ce résultat engage à des explorations très poussées dans les cas d'aménorrhée primaire, même si rien n'attire l'attention sur le cerveau.

Histopathologie du cerveau et des globes oculaires dans un cas d'arachnodactylie du nourrisson (maladie de Marfan), par MM. I. BERTRAND, J. WEILL et P. BURTIN.

Observation d'un nourrisson de 2 mois 1/2 atteint d'arachnodactylie évidente qui succomba à une infection pulmonaire aiguë. La luxation bilatérale des cristallins, vérifiée à l'autopsie, ne s'accompagne pas de chorio-rétinite, ce qui suggère que cette dernière lésion, si fréquente dans la maladie de Marfan, est d'apparition secondaire. Lésions de l'encéphale, importantes : retard de la myélogénèse, surtout aux lobes frontaux, dégénérescences neuro-ganglionnaires, gracilité générale de tout le système vasculaire intra-cortical. On note une atteinte du cervelet. Intégrité des noyaux gris centraux et de la région hypothalamique.

La pneumatocèle du vertex dans les encéphalographies gazeuses. Les erreurs d'interprétation possibles, par MM. D. FERREY, H. GUILLERM Ch. STABERT, A. JAVALET, TUSE et ASSICOT.

A l'occasion d'une expertise à propos d'un traumatisme léger du crâne, les auteurs ont fait 26 encéphalographies gazeuses, au fur et à mesure des indications posées chez de nouveaux malades de leur service, sans aucun choix spécial des cas. Ils ont pu montrer qu'en plaçant les malades assis, avec rayons X horizontaux, alors que ces malades n'avaient jamais subi de trau-

matisme antérieur, il y avait rupture de l'arachnoïde dès les premières heures de l'encéphalographie, provoquant une pneumatocèle du vertex. Ils ont voulu attirer l'attention sur l'importance de l'aspect médico-légal de telles images, qui pourraient induire les experts en erreur et leur faire penser à un hématome sous-dural, à un hydrome, à une très grosse méningite séreuse, à une atrophie cérébrale importante, et même tout simplement à un pneumatocèle survenu à la suite d'un traumatisme crânien.

Groupement français d'études de neuro-psycho-pathologie infantile

Séance du 21 mars 1955

Présidence : M. A. TOURNAY, président

De la réduction alimentaire délibérée à l'anorexie intentionnelle. Première communication. A propos d'une observation gémellaire, par MM. LÉON MICHAUX, H.-M. GALLOT et Ph. BENOIT.

Observation de deux jumelles qui restreignent volontairement leur alimentation pour maigrir : l'une, grosse mangeuse, n'obtient pas l'extinction de l'appétit et renonce ; l'autre, petite mangeuse, atteint l'anorexie et aboutit à la cachexie. Cette observation souligne : 1° le caractère volontaire et délibéré des restrictions au début de l'anorexie dite mentale ; 2° le caractère secondaire de l'anorexie, qui mérite le nom d'*anorexie active* ou *intentionnelle* ; 3° l'inconstance de l'anorexie, celle-ci n'étant obtenue que par les petits mangeurs, restant habituellement inaccessible aux gros mangeurs (méiopragies d'appel) ; 4° la mobilité des motifs, l'anorexie pouvant survivre à sa raison primitive.

Discussion

M. G. HEUYER. — L'observation présentée pose un problème qui a déjà fait l'objet de discussions au moment du rapport de MM. Crémieux et Péron sur l'anorexie mentale.

M. G. Heuyer estime qu'il n'y a pas de possibilité de différencier simulation et hystérie. Au début de la maladie on trouve toujours une cause affective et la localisation s'explique incontestablement par la notion d'insuffisance fonctionnelle. La perte de l'appétit est secondaire.

M. M. BRISSOT. — a observé de véritables signes de pithiatisme chez des anorexiques mentaux. Mais il existe des anorexies mentales authentiques chez les aliénés.

M. S. LEOVICI. — tente de distinguer l'anorexie par restriction volontaire chez l'adolescente des phénomènes de conversion hystérique, qui ont une signification conflictuelle inconsciente.

M. A. TOURNAY. — signale qu'il existe des potomanies d'origine psychique par modification dans le débit des liquides ingérés, et il en rapproche l'anorexie mentale.

Réactions d'auto-punition chez un obsédé de douze ans,
par M. LÉON MICHAUX, M^{lle} M. SAULNIER et M. J. DEHELLY.

Observation d'un enfant méticuleux, scrupuleux, chez qui se manifestent assez brusquement un sentiment de culpabilité, centré sur des fautes réelles mais vénielles, et des aspirations à l'expiation : par autrui ou, à défaut, par auto-punition, avec sanctions itératives. L'absence de stéréotypes obsessives, de discordances, d'apragmatisme, de toute détérioration, plaide contre le diagnostic de schizophrénie. Celui de névrose obsessionnelle est très probable bien que le test de Rorschach n'en réalise pas la formule typique.

Un cas de déséquilibre imaginatif. Discussion du diagnostic de schizophrénie, par MM. G. HEUYER, S. LEOVICI, J.-L. LANG et M^{me} RIVAILLE.

Observation d'un garçon de 14 ans, d'intelligence moyenne, dont la famille est dissociée et qui, depuis plusieurs mois, refuse de poursuivre sa scolarité. Son activité tout à fait stéréotypée se borne à copier des listes de membres de familles nobles prises par exemple dans des dictionnaires. Il couvre ainsi des cahiers entiers. Au cours de l'exploration psycho-dramatique, il s'identifie à des femmes de la noblesse, extériorisant ainsi des tendances homosexuelles. Les conflits familiaux sont banaux et l'opposent à l'ami de sa mère. Le diagnostic est difficile : s'agit-il d'un état réactionnel, véritable compensation aux difficultés familiales, ou au contraire d'un délire d'imagination qui marque l'entrée dans la schizophrénie ? Il n'y a pas de conviction délirante, mais une certaine inquiétude de l'état morbide, et l'on peut se demander s'il n'existe pas quelques hallucinations psychiques difficiles à mettre en évidence.

S. LEOVICI.

Société de médecine légale et de criminologie de France

Séance du 14 février 1955

Présidence : M. G. HEUYER, président

Trois cas de suicide par taupicide,
par MM. H. OLIVIER, F. ROBERT, G. HELVADJIAN et M^{lle} J. QUICK.

Les auteurs ont observé trois cas d'empoisonnement par taupicides, à base d'alcaloïdes de strychnées, si répandus en milieu agrisole. Ils exposent les différents résultats des analyses et dosages qu'ils ont pu pratiquer et termi-

nent en soulignant la fréquence des suicides par la gamme variée des taupicides utilisés en agriculture et la facilité avec laquelle en milieu rural les désespérés peuvent attenter à leurs jours avec un poison aussi efficace.

Séance du 14 mars 1955

Présidence : M. G. HEUYER, président

L'expertise médico-légale contradictoire en matière criminelle,
par M. J. TRILLOT, M^{lle} BERNARDY et M. J. CASSAN.

Les auteurs proposent des réformes de l'expertise. Ils s'élèvent contre la déposition à l'audience d'experts officieux qui formuleraient leur opinion uniquement sur pièces.

En matière psychiatrique, les experts doivent obtenir des délais suffisants pour mener à bien leur mission. La mise en observation prolongée du malade dans des annexes psychiatriques correctement installées est une nécessité.

Rôle étiologique possible du chlorure de méthyle dans un syndrome confusionnel, par MM. J. RONDEPIERRE, R. TRUHAUT, J. ALISON et Y. CHAMPION.

Les auteurs discutent le rôle joué par le chlorure de méthyle et l'éthylisme chez un ouvrier frigoriste qui présente un syndrome confusionnel.

La formation professionnelle des détenus, par MM. E. PERLAT et J. VACHER.

La connaissance d'un métier pour un délinquant est une nécessité, d'autant plus que beaucoup d'entre eux n'en possèdent pas.

Il est possible, par un apprentissage progressif et méthodique, d'apprendre en six mois un métier à un détenu. Il pourra travailler d'abord au cours de sa détention, il trouvera ensuite plus facilement du travail lors de sa libération. L'examen médico-psychologique et social est absolument indispensable pour choisir le métier du détenu. Il est nécessaire que les conclusions de cet examen soient rigoureusement suivies afin d'obtenir un résultat utile.

Sur deux cas d'affection dégénérative de la moelle, constatée après traumatisme. Problème médico-légal, par MM. P. L'ÉPÉE et BANNEL.

Deux cas de dégénérescence médullaire dans lesquels on peut discuter le rôle joué par un traumatisme. Le premier concernait une maladie de Friedreich dans laquelle un traumatisme lombaire semble avoir eu indiscutablement une influence aggravante. Le second, réalisant un tableau typique de poliomyélite antérieure chronique, peut être plus facilement rattaché à une origine traumatique.

Paralysie cubitale vraisemblablement provoquée,
par M. R. et Mme P. MICHON.

Les auteurs soulèvent l'hypothèse du caractère probablement provoqué d'une paralysie cubitale en raison de traces d'injection dont la nature n'a pu être déterminée, au niveau de la gouttière cubitale.

Société belge de neurologie

Séance du 26 mars 1955

Présidence : M. J. DE BUSSCHER, président

Diagnostic et épidémiologie des encéphalites et méningites à virus,
par le professeur J.-D. VERLINDE (de Leyde).

Le conférencier débute par l'exposé de quelques notions générales sur les virus. Ceux-ci se distinguent des bactéries surtout par le fait qu'ils ne se cultivent que sur des tissus vivants. Cette culture présente d'ailleurs de grandes difficultés.

L'injection d'un produit pathologique (liquide céphalo-rachidien le plus souvent) n'est pas une technique idéale ; un grand progrès a été réalisé par l'inoculation d'un œuf embryonnaire ou d'une culture de tissu.

On connaît actuellement quatre grandes souches de virus (américain, extrême-oriental, eurasiatique et africain), qui se subdivisent tous en de nombreux sous-groupes.

L'intérêt des recherches virologiques est illustré par l'histoire d'une épidémie qui fit apparaître en Autriche, en 1953, une forme inconnue d'encéphalite.

L'auteur termine son exposé par une série de renseignements généraux sur les encéphalites observées en Europe occidentale et sur leurs caractères virologiques.

Pharmacologie des extraits de Rauwolfia.

Présentation, par la maison Ciba, de deux films, dont le premier montre la diminution de l'agressivité et de la crainte chez le singe sous l'influence de la réserpine (serpasil), le second l'effet favorable du même produit dans la chorée de Huntington.

J. LEY.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Sur la vieillesse, par E. E. KRAFF. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine, section of Psychiatry*, vol. 46, novembre 1953, p. 957).

L'adaptation comprend le comportement de l'individu aux conditions de la vie civilisée. Le défaut d'initiative et la pratique excessive des habitudes sont les caractéristiques de la vieillesse ; cependant, c'est grâce aux habitudes que l'on peut entreprendre d'autres initiatives. Le vieillard vit sur son passé, sur ses souvenirs, et il manifeste une « atrophie de sa capacité de se projeter dans l'avenir ». Cette diminution mentale a ses racines dans la vie instinctive. Le vieillard est avare parce qu'il vit sur son passé et qu'il n'attend plus rien de l'avenir ; il est déprimé parce qu'il ne lui reste que peu de temps à vivre ; les troubles de la mémoire portant sur les faits récents résultent d'un manque d'intérêt. Ces réactions psychopathiques ne sont pas dues à des modifications organiques du cerveau. Cette affirmation est utile à connaître pour la prévention du processus de la vieillesse. Ce qu'il faut, pour les personnes âgées, ce ne sont pas des buildings, des asiles, mais des soins consistant en rapports interpersonnels. L'attribution d'une pension à des vieillards peut avoir une action néfaste. La conservation des habitudes acquises et la perte de l'initiative peuvent se développer sans la participation du cortex cérébral ; elles se résument en un désordre du pouvoir instinctif dans la manière de se conduire. Quand la dégénérescence sénile atteint le cortex, on observe d'autres manifestations concernant le raisonnement, la pensée, le langage. Dans la pratique clinique gériopsychiatrique, le diagnostic entre ces deux sortes de troubles, affaiblissement sénile organique et modifications psychogènes n'est pas toujours possible ; il est cependant d'une grande importance puisqu'il tend à séparer l'aspect psychologique et l'aspect organique de la vieillesse.

Dans la *discussion* qui suit cette communication, M. Roth est d'avis qu'entre la démence sénile et les modifications psychiques du vieillard normal on ne peut admettre des degrés intermédiaires, mais il n'est pas toujours facile de différencier ces deux processus. De plus, on doit faire une distinction entre les psychoses séniles et la dépression des sujets âgés qui, traités,

guérissent souvent. Quant à l'influence du mode de vie sur la sénescence, l'auteur se demande si, chez les vieillards qui sont entraînés à créer, leur énergie et leur comportement ne sont pas en partie des effets plutôt que des causes de leur productivité qui continue à se manifester. Dans la civilisation actuelle, si spécialisée, l'intelligence, qui opère dans un champ étroit, n'est pas entraînée à s'adapter à de nouvelles situations. On peut se demander si son déclin naturel sénile n'est pas ainsi favorisé et hâté.

L. MARCHAND.

Etude clinique des démences atrophiques. Problèmes diagnostiques et nosologiques, par Hubert MIGNOT (de Rouen). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1, n° 15, 1952, p. 278-297).

L'auteur expose d'abord les caractères communs aux démences atrophiques, puis discute la place nosologique du groupe parmi les démences séniles et préséniles, les maladies abiotrophiques, et les affections systématisées du système nerveux. Après avoir envisagé le diagnostic clinique des démences atrophiques, il décrit les éléments de différenciation des maladies de Pick et d'Alzheimer. Enfin, sont évoqués les divers processus congénitaux, traumatiques, infectieux, vasculaires pouvant aboutir à l'atrophie. Celle-ci est une réaction assez banale, même associée à quelques troubles mentaux déficitaires, elle ne doit pas obligatoirement conduire à l'affirmation d'une démence atrophique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Etude clinique, biologique et électrique de deux démences atrophiques préséniles d'étiologie tropicale vraisemblable, par P. GAILLAIS et J. RAINAUT. (*Médecine tropicale*, vol. 14, n° 3, mai-juin 1954, p. 271-285).

Chez deux sujets respectivement âgés de 43 et de 62 ans, présentant un tableau clinique de maladie d'Alzheimer avec atrophie corticale considérable révélée par la pneumo-encéphalographie, les auteurs ont été frappés par la coexistence de conditions étiologiques quasi identiques : longs séjours coloniaux, passé digestif important et durable, notion de processus dysmétaboliques d'ordre nutritionnel en rapport avec les manifestations gastro-intestinales ou d'autres facteurs. Les deux malades présentaient une atrophie cutanée à type d'ichtyose. Les auteurs considèrent leurs deux cas comme très évocateurs, à la lumière des données maintenant acquises sur le rôle des perturbations métaboliques dans les démences préséniles et de l'analogie qui existe à ce point de vue entre ces démences et les encéphalopathies pellagreuces, la polio-encéphalite béribérique de type Wernicke et la maladie de Creutzfeld-Jacob, peut-être de nature carencielle. Les facteurs nutritionnels d'origine tropicale, en l'absence de tout élément syphilitique ou alcoolique, ont joué dans leurs observations un rôle fondamental qui les rend démonstratives au sujet des notions étiologiques et pathogéniques les plus récentes relatives au déterminisme acquis des processus démentiels.

J. ALLIEZ.

De la détérioration dans la démence paralytique, par V. A. KRAL et H. DÖRKEN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 9, mars 1953, p. 684).

Etude sérologique et psychologique portant sur 52 déments paralytiques hospitalisés. En général, les cas traités et ayant un liquide céphalo-rachidien négatif présentent un affaiblissement intellectuel et des troubles de la personnalité plus prononcés que ceux qui ont un liquide céphalo-rachidien positif et sont encore dans une phase active. Les hommes ont plus de tendance à devenir déments que les femmes. Au Rorschach, les troubles de la personnalité sont aussi prononcés chez les paralytiques à liquide positif que chez ceux à liquide négatif. Cependant, les sujets à liquide positif présentent un meilleur contrôle intellectuel, des réponses plus originales, une plus grande flexibilité de la pensée ; toutefois, ils manifestent moins de réactions émotionnelles aux couleurs. Il ressort d'une part que l'atteinte du processus fonctionnel psychologique est en partie réversible au début de l'affection à la phase psychotique, et d'autre part que, chez certains sujets, l'état d'affaiblissement intellectuel continue à progresser quand le liquide céphalo-rachidien est devenu négatif. Les auteurs invoquent deux facteurs pathogéniques : les processus inflammatoires qui conditionnent les troubles cliniques aigus et les modifications du liquide céphalo-rachidien sont facilement combattus par les méthodes thérapeutiques modernes. Par contre, les lésions qui ne sont pas influencées par les traitements et qui continuent à se traduire par un état démentiel progressif seraient de nature vasculaire. (On peut aussi admettre que la sclérose névroglique corticale reste évolutive). Une comparaison entre les résultats de tests mentaux concernant les déments paralytiques et les déments séniles montre que ces deux états démentiels diffèrent au point de vue du déficit psychologique.

L. MARCHAND.

Formes cliniques terminales de la paralysie générale traitée, par J. Alvez GARCIA (de Rio de Janeiro). (*Jornal brasileiro de psiquiatria*, vol. 1, n° 15, 1952, p. 329-351).

Les types cliniques suivants sont décrits : forme simple, apathique ; formes stationnaires retardées ; paralysie générale de Lissauer terminale ; paralysie générale juvénile, stationnaire ou évolutive ; tabo-paralysie ; formes schizophréniques méta-paralytiques ; formes paranoïdes persistantes ; formes névrotiques méta-paralytiques. Pour l'auteur, la question des psychoses méta-malariathérapiques est très discutable. Le terme en est impropre. Il faut décrire, par contre, les formes terminales inapparentes. Dix photographies.

V.-J. DURAND.

Problèmes et aspects anciens et nouveaux de la nosologie de la paralysie générale et de sa thérapeutique. (Problemi ed aspetti vecchi e nuovi della nosologia della paralisi progressiva e della sua terapia), par Giorgio GIORGI, (de Mantoue). (*Neurone*, 1^{re} année, vol. 1, n° 1, 1953, p. 12-24).

L'auteur discute le difficile problème, encore non résolu, du mécanisme étiopathogénique de la paralysie générale, admettant l'hypothèse d'une synergie possible du spirochète avec un virus ultramicroscopique spécifique-

ment pathogène par biotropisme. Dans le domaine clinique, il note la raréfaction et l'atténuation des formes expansives, les modifications dans les modes de début. Les plus récents progrès thérapeutiques sont rappelés avec, en particulier, l'emploi convenable des antibiotiques.

V.-J. DURAND.

Etude comparative du syndrome amnésique dans diverses formes organiques, par Y. A. KRAL et H. B. DUROST. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 110, n° 1, juillet 1953, p. 41).

L'étude porte sur les particularités individuelles et les ressemblances des syndromes amnésiques chez des sujets lobotomisés préfrontaux, sur des malades ayant subi l'électrochothérapie, chez des déments séniles, chez des alcooliques atteints de psychose de Korsakoff. Les auteurs emploient le terme « syndrome amnésique » pour indiquer que de tels syndromes (amnésie, confabulation) peuvent s'observer dans diverses entités cliniques et dans des cas particuliers.

Les manifestations cliniques du syndrome amnésique sont essentiellement les mêmes dans la démence sénile et dans la psychose de Korsakoff. Les troubles consistent en désorientation, perte de la mémoire pour les faits récents et anciens, et principalement en l'affaiblissement de la mémoire immédiate; la confabulation ne s'observe que chez quelques sujets. Les malades soumis à l'électrochothérapie ne présentent aucune réaction organique importante et leurs troubles rétro-antégrades de la mémoire sont moins prononcés que dans les autres syndromes; ils sont réversibles. Les lobotomisés dans les dix jours qui suivent l'opération sont atteints d'amnésie rétro-antérograde, de désorientation, et d'affaiblissement considérable de la mémoire immédiate, avec tendance à une lente amélioration. Leur amnésie, portant sur les faits récents, persiste longtemps. Si on compare les quatre syndromes, le trouble de la mémoire portant sur des faits anciens s'observe surtout chez les déments séniles et au cours de la psychose de Korsakoff. Chez les lobotomisés et les sujets traités par l'électro-choc, l'amnésie est à la fois rétro et antérograde sans perte notable de la mémoire portant sur les faits anciens. L'affaiblissement considérable de la mémoire immédiate et des faits récents est le symptôme commun observé dans les quatre groupes de sujets.

L. MARCHAND.

Recherches sur le psychogramme de Rorschach dans les cérébropathies organiques. (Ricerche sullo psicogramma alla Rorschach nelle cerebropatie organiche), par Virginio PORTA et Ugo MARZUOLI (de Milan). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 3, mai-juin 1953, p. 241-268).

Etudiant 102 cas de syndromes organiques cérébraux, les auteurs ont cherché les caractéristiques du test de Rorschach. Aux signes décrits par Piotrowski, ils ajoutent: l'instabilité du comportement pendant l'épreuve, la laxité associative, la disjonction, les kinésies d'imitation. Dans les lésions frontales, dominant les signes de détérioration mentale, les stéréotypies; dans les atteintes postérieures, on voit surtout la dénomination des couleurs et l'extratensivité. Le psycho-syndrome est particulièrement grave dans les lésions vasculaires. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Des blessures du lobe frontal causant la désinhibition. Etude de six cas, par H. G. JARVIE. (*Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, vol. 17, n° 1, février 1954, p. 14).

Sous le terme de désinhibition, l'auteur décrit le trouble des mécanismes responsables du contrôle du comportement et de la conduite sociale. La désinhibition peut être un trouble distinct fonctionnel qui n'est pas nécessairement associé à d'autres manifestations considérées comme faisant partie du syndrome du lobe frontal. Dans la plupart des cas, les sujets ont conscience du changement de leur personnalité et cependant ils ne peuvent exercer qu'un faible contrôle sur leur comportement anormal. La désinhibition peut s'observer dans les cas où un seul lobe frontal a été lésé sans que l'on puisse lui assigner une localisation spéciale, mais dans tous les cas observés la blessure du lobe frontal a été importante. Les sentiments affectifs ne sont pas nécessairement abolis et l'intelligence peut ne présenter aucun affaiblissement comme cela peut s'observer dans les pertes de substance des lobes frontaux. L'auteur s'étend sur les rapports de la désinhibition et de la personnalité du sujet antérieure au traumatisme ; il donne les raisons pour lesquelles elle ne se manifeste nettement que dans certains cas et prend des formes différentes suivant chaque sujet.

L. MARCHAND.

Hyperostose de l'os frontal dans les psychoses. Etude clinique, par J. NOTKIN. (*The American Journal of Psychiatry*, vol. 109, n° 12, juin 1953, p. 929).

L'auteur rapporte neuf observations d'hyperostose au cours des psychoses. Tous les cas concernent des femmes. Chez trois sujets, le calcium sanguin était augmenté. Le taux du phosphore inorganique était normal chez sept sujets ; le cholestérol sanguin était augmenté dans quatre cas et le sucre sanguin dans deux cas. Le métabolisme basal, recherché chez cinq sujets, ne fut trouvé augmenté que dans un cas. L'obésité, qui est considérée par de nombreux auteurs comme un symptôme fréquent, ne fut constatée que chez une malade. Chez cinq sujets, les troubles mentaux débutèrent sous une forme fonctionnelle et plus tard ils consistèrent en affaiblissement mental organique ; chez quatre autres, dès le début de la maladie, les réactions mentales présentèrent des symptômes organiques et dans un cas elles s'accompagnèrent de signes neurologiques prononcés. Comme hypothèse, l'auteur pense que l'hyperostose et les troubles endocriniens peuvent agir sur la personnalité des sujets et causer les états psychotiques. Les modifications osseuses peuvent aussi avoir une action directe sur le cerveau. Dans bien des cas, il faut reconnaître que psychose et altérations osseuses frontales sont le résultat d'un facteur étiologique commun inconnu.

L. MARCHAND.

Hyperostose frontale interne et syphilis, par L. GAYRAL et L. FOURNY. (*Bulletin de la Société d'oto-neuro-ophthalmologie de Toulouse*, séance du 16 avril 1953).

Observation d'hyperostose frontale interne avec signes neurologiques (épilepsie, dystonies, ataxie vestibulaire) et psychiatriques (épisodes de mutisme et négativisme, puis état subdémientiel, dysmnésie, troubles du caractère,

dont la combinaison évoquait la paralysie générale, réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang). Discussion du diagnostic et des rapports de la syphilis avec l'hyperostose et avec les signes encéphaliques. Les auteurs suggèrent l'existence d'une « pseudo-paralysie générale » par hyperostose frontale interne.

L. R.

Importance des signes neurologiques et psychiatriques au cours de la maladie de Morgagni-Morel (hyperostose frontale interne), par L. GAYRAL et L. FOURNY. (*Bulletin de la Société de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse*, séance du 24 février 1953).

Deux cas d'hyperostose frontale interne manifestée par des signes neurologiques (céphalées, signes labyrinthiques et épilepsie dans les deux cas), et psychiatriques (troubles du caractère, troubles névrotiques, confusion, subdémence). Les auteurs insistent sur l'importance pratique de ces signes, qui constituent, plus souvent que les troubles endocrino-métaboliques, les premières manifestations de la maladie.

L. R.

Le fond d'œil des alcooliques chroniques, par J.-Y. DEBROUSSE (de Nevers). (*Revue de l'alcoolisme*, T. III, n° 2, avril-juin 1953, p. 29-34).

La présente étude résume les observations faites au cours des dernières années sur les alcooliques de l'hôpital psychiatrique de la Charité-sur-Loire. En dehors de la classique névrite rétrobulbaire, il fut possible de constater des lésions vasculaires de formes variées (hémorragies rétinienues, atrophie de type vasculo-sénile de la macula et thromboses veineuses dans 5 % des cas ; gaines d'endopériartérite, capillarites, atrophie vasculaire limitée ou petit œdème périvasculaire dans 14 % ; signes d'atteinte de la souplesse capillaire). Très souvent, il s'agit de formes associées à des troubles divers. Particulièrement intéressant est l'examen du fond d'œil lors de la cure de tétraéthylthiourame-disulfide, permettant de faire un bilan pronostique, de prévoir des accidents vasculaires possibles, de choisir, si nécessaire, un autre moyen de désintoxication et de préparer les vaisseaux.

V.-J. DURAND.

Le commencement de l'épilepsie aux différentes heures du jour. (El comienzo de la epilepsia en las diferentes horas del día), par Fréderico SAL Y ROSAS. (*Revista de neuro-psiquiatria*, Lima, t. 15, n° 3-4, septembre-décembre 1952, p. 260-273).

L'auteur a recherché chez 1.452 épileptiques l'heure du début de la maladie. Celle-ci apparaît plus souvent pendant le jour que pendant la nuit. Sa fréquence la plus grande correspond aux heures de travail du matin, la plus faible au point du jour. Cette plus importante fréquence diurne est encore plus appréciable dans les groupes à comitialité intense. Il est possible de noter une certaine influence des variations atmosphériques du nyctémère dans l'apparition de la première crise épileptique. Tableaux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Troubles graves du caractère dans l'épilepsie larvée, par P. MEIGNANT et R. GOEPFERT. (*Bull. de la Société de médecine de Nancy*, séance du 25 novembre 1953).

Les auteurs insistent sur les deux aspects principaux de « l'état mental des épileptiques : impulsivité et glischroïdie ». Ils montrent que les troubles impulsifs du caractère peuvent être les seules manifestations d'une épilepsie larvée que viendra confirmer l'examen électro-encéphalographique. La connaissance de ces faits est importante au point de vue médico-légal ; en dehors des accidents comitiaux classiques et typiques, inconscients et amnésiques, il existe des troubles caractériels de type spécial conscients et mnésiques rattachables à la comitialité, et qui parfois, au moins pendant toute une période de l'existence des malades, sont la seule manifestation clinique de l'affection.

L. R.

Syndrome cérébello-pédunculaire supérieur avec troubles de la personnalité et épilepsie psychosensorielle (Sindrome cerebello-peduncolare superiore con turbe della personalita ed epilessia psicosensoriale), par Arturo VITELLO (d'Agrigente). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 4, 1953, p. 672-706).

L'auteur décrit un cas de lésion vasculaire de la partie inférieure du tegmentum mésencéphalique, au-dessous de la commissure de Werneck, avec hémisyndrome cérébelleux droit (hypotonie musculaire, tremblement intentionnel, dysmétrie, nystagmus, inclinaison latérale de la tête), syndrome de Weber, troubles de la personnalité et de la mémoire de fixation par déconnexion mésencéphalo-mamillo-hippocampo-orbito-frontal, crises d'épilepsie psycho-sensorielle par déconnexion mésencéphalo-mamillo-hippocampo-temporale. Une étude soignée des syndromes de la région est faite avec développement particulier des manifestations psycho-sensorielles. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'héautoscopie. (L'eautosopia), par Gian CARLO REDA et Mario ANDERSON (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 1, janvier-février 1953, p. 26-42)

Les auteurs rapportent trois observations d'héautoscopie, l'une chez un malade avec lésion focale dans la zone des connexions thalamo-pariétales, la seconde, sans signe d'atteinte neurologique, avec un délire hallucinatoire chronique, la troisième, enfin, au cours d'une épilepsie psycho-motrice. Il peut sembler arbitraire aux auteurs d'expliquer l'héautoscopie par un trouble unique et une altération du schéma corporel. Le phénomène est lié plutôt à une perturbation psychique globale, dont l'aspect particulier peut dépendre des caractéristiques prémorbides du sujet. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Troubles du schéma corporel comme prodrome du parkinsonisme post-encéphalitique. (Disturbi dello schema corporeo come prodromo del parkinsonismo post-encefalitico), par Mario ANDERSON et Aldo SEMERARI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 2, mai-avril 1953, p.127-134).

Les auteurs rapportent deux observations d'hémi-parkinson droit avec anxiété et surtout sensations d'altérations des dimensions du corps. Limitées aux membres droits, dans le premier cas, ces sensations atteignaient tout le corps dans le second. Il y avait, de plus, chez les deux malades (femmes de 44 et 53 ans), une impression de déformations des traits du visage. Les auteurs discutent du mécanisme de production de ces troubles, qu'ils rapprochent du sentiment de dépersonnalisation dans la phase processuelle de la schizophrénie. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les manifestations neuropsychiques des filarioses, par P. GALLAIS, H. COLLOMB et J. GUEDEL. (*Médecine tropicale*, vol. 14, n° 6, novembre-décembre 1954, p. 663-677).

Le rôle de la filariose dans l'étiologie de certaines manifestations neuro-cérébrales tropicales reste discuté par certains auteurs. Cependant, le pouvoir antigénique des microfilaires présentes dans le système nerveux central comme des filarioses adultes migrantes laisse supposer la possibilité théorique de réponses allergiques cérébrales. La présence d'une importante éosinophilie dans le liquide céphalo-rachidien d'états méningés ou de méningo-encéphalites à évolution favorable, observées particulièrement en Nouvelle-Calédonie fait également envisager l'intervention d'une filariose méconnue. Les auteurs rapportent une première observations personnelle où l'étiologie filarienne des troubles neuro-psychiques leur a paru évidente. Un jeune Noir rapatrié d'Indochine fait, après un traumatisme crânien, un état stuporeux persistant plus de six mois, avec hémiparésie droite et aréflexie tendineuse des membres inférieurs. Toutes les investigations ont été négatives, en dehors de la présence dans le sang de microfilaires diurnes et d'une éosinophilie permanente et importante, et le traitement par le 3799 R.P. (noté-zine) amène une guérison rapide et spectaculaire.

Une deuxième observation concerne un Européen, également de retour d'Extrême-Orient, qui fait un état confusionnel très grave, avec thrombose carotidienne droite, chez lequel l'existence d'adénopathies cervicales et d'une éosinophilie considérable, en l'absence de tout autre élément étiologique décelé, leur paraît un argument de valeur en faveur du rôle de la filariose.

Les auteurs étudient ensuite les manifestations neuropsychiques des filarioses, d'aspect disparate et encore mal connues, où s'opposent surtout les formes à symptomatologie neurologique ou psychique, avec intégrité du liquide céphalo-rachidien, à évolution prolongée et capricieuse, mais très sensibles aux dérivés spécifiques de la pipérazine, et les formes avec microfilaires abondantes dans le liquide céphalo-rachidien à début brutal et évolution fatale en une ou deux semaines.

M. Gallais et ses collaborateurs terminent leur travail par des considérations parasitologiques et pathogéniques qui leur permettent de souligner l'intérêt de ce chapitre nouveau de la pathologie nerveuse tropicale.

J. ALLIEZ.

Introduction à la séméiologie de l'agitation, par F. TOSQUELLES. (*L'évolution psychiatrique*, janvier-mars 1954).

L'auteur pense démontrer, en différenciant excitation et agitation, que cette dernière a été souvent omise dans les manuels et traités de psychiatrie. L'agitation n'est pas un syndrome, mais un état. Elle « n'est abordable ni dans la perspective des malades, ni dans celle des symptômes en tant que troubles significatifs d'une fonction déterminée ». On en peut distinguer deux grands groupes de cause endogène, d'allure spontanée et d'allure occasionnelle ayant un sens conflictuel. Des exemples d'observations suivant un inventaire des symptômes dressé par l'auteur accompagnent l'article.

Maurice LECONTE.

Contribution à l'étude des manifestations hallucinatoires par lésions méso-diencephaliques. (Contributo allo studio delle manifestazioni allucinatorie da lesioni meso-diencefaliche), par A. DONATI et I. SANGUINETI (de Milan). (*Archivio di psicologia neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 4, juillet-août 1953, p. 465-487).

Les auteurs décrivent un cas de tumeur développée presque entièrement à l'intérieur du troisième ventricule avec une symptomatologie dominée par des troubles psycho-sensoriels rappelant l'hallucinoze pédonculaire de Lhermitte. Une soigneuse étude est faite des caractères phénoménologiques des troubles avec discussion des problèmes pathogéniques. Quatre figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Un cas de psychose induite (Slučaj inducirane psihoze), par N. BOHACEK (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 1, n° 2, 1953, p. 128-135) (résumé en anglais).

L'auteur présente un cas de folie à trois. D'abord, une fille unique tombe malade : schizophrénie paranoïde. Ensuite, les parents qui vivent en rapports étroits avec elle, sont atteints. On sépare la mère et on la traite avec succès par la psychothérapie. La fille est soumise à l'électro-choc, qui se révèle efficace. Le père est soigné par la méthode de Sakel. L'auteur pense à une reprise des troubles, les malades se retrouvant réunis. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur le problème psychopathologique de la distance. (Sul problema psicopatologico della distanza), par Danilo CARNELLO (de Sondrio). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 4, juillet-août 1953, p. 435-463).

L'auteur fait l'analyse anthropologique, phénoménologique d'un cas de « sensitive Beziehungswahn » de Kretschmer chez une jeune femme. Il étudie particulièrement le problème de la distance existentielle suivant la méthode de Binswanger. Cela permet de mieux expliquer la notion de « manque de contact » de la psychiatrie de Bleuler. D'autres problèmes voisins sont envisagés (corporalité, sentiments vécus de honte du propre corps, abso-

lutisation du relatif) dans le but d'aborder de plusieurs côtés à la fois la totalité de la personnalité humaine à considérer. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Le milieu familial du schizophrène. (Réflexions sur un cas clinique), par P. SIVADON et R. et J. MISES. (*L'évolution psychiatrique*, janvier-mars 1954,

Observation d'un sujet chez qui les facteurs psychogénétiques familiaux possibles sont soigneusement étudiés : mère anormale, enfant unique non désiré, dissociation familiale par divorce. Les auteurs insistent sur l'évolution de l'enfant : frustrations orales, système coercitif développé par la mère, monde artificiel à échanger, manque d'identification au père, rôle traumatisant du grand-père. Echecs des traitements psychothérapiques ; cure de sommeil, insulinothérapie et lobotomie après 4 ans d'internement.

Les auteurs signalent incidemment que le jeune Claude fit à 10 ans une affection tuberculeuse avec infiltrat et réaction pleurale obligeant à un an et demi de séjour à la campagne. Ils posent le problème de la part réciproque de l'hérédité et du milieu. Le rôle d'immotivation affective de la mère, puis de l'enfant leur semble fort notable. Notons que les permissions aggravaient l'état mental. La question du traitement de la mère se pose donc isolément et en groupe, dans ces cas qui mettent en lumière les conditions pathogènes observées dans une constellation familiale de schizophrènes.

Maurice LECONTE.

Contribution à la connaissance des rapports entre névrose obsessionnelle et schizophrénie, à travers l'étude de cinq cas. (Contributo alla conoscenza dei rapporti tra nevrosi ossessiva e schizofrenia, attraverso lo studio di cinque casi), par Giancarlo REDA et Luciano AGOSTINI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 3, mai-juin 1953, p. 283-297).

Les auteurs présentent cinq cas d'association de névrose obsessionnelle et schizophrénie, suivant des modalités diverses. Des symptômes de type obsessif peuvent apparaître au début d'une schizophrénie et des symptômes de type schizophrénique dans un syndrome obsessionnel, non comme une combinaison des deux maladies, mais plutôt comme des symptômes occasionnels et non spécifiques. Les diverses conceptions émises à ce sujet sont rappelées. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La psychonévrose obsessionnelle. (A psiconevrose obsessiva), par Luis Navarro SOEIRO. (*Anais portuguesas de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 141-172).

L'auteur rappelle les diverses opinions émises à propos du difficile problème de la psychonévrose obsessionnelle, puis expose son schéma personnel distinguant : a) réaction névrotique typique, psychogène ; b) névrose obsessivo-phobique ; c) développement anancastique psychopathique ; d) anancastie à type processuel. Il décrit les éléments psychologiques du monde de l'obsédé, dominé par la terreur et la peur de façon permanente, conditionnant la symptomatologie obsessionnelle avec ses hésitations, ses luttes,

ses tendances animistes, la valeur exagérée attribuée au mot, ses rituels, ses moyens de défense. L'essentiel de la pathogénie et de la thérapeutique est rappelé. Enfin, six observations cliniques sont rapportées.

V.-J. DURAND.

Névroses et états anxieux. (Neuroses e estados ansiosos), par Pedro POLONIO. (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 77-94).

Montrant la fréquence des psychonévroses anxieuses (30 à 50 % de l'ensemble des psychonévroses), rappelant ses mécanismes et ses diverses modalités de traduction clinique, les rapprochant des névroses expérimentales, insistant sur la difficulté à séparer les névroses avec état anxieux psychogène, les thymopathies (état anxieux physiogène), les psychoses avec état anxieux d'origine organique, l'auteur décrit les principes du traitement. Celui-ci comprend tout d'abord la psychothérapie, ensuite diverses méthodes curatives ou symptomatiques ; prénarcose, narco-abréaction, anhydride carbonique, acétylcholine, insulinothérapie, narcose prolongée, électro-choc, leucotomie, sédatifs.

V.-J. DURAND.

Diagnostic différentiel des névroses (Diagnostico diferencial das neuroses), par Nunes da COSTA (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 180-194).

Après un rappel historique de la question des névroses, l'auteur envisage celles-ci comme une forme de réaction générale à différents conflits individuels ou extra-individuels, suivant qu'ils sont limités au déséquilibre de la propre personnalité ou touchent les rapports de cette dernière avec le milieu social. Il faut séparer les névroses des psychoses et des psychopathies. Une analyse phénoménologique est nécessaire. Certaines transitions sont possibles entre névroses et psychopathies, de même entre certaines formes de celles-ci (somatopathies de Schneider) et diverses perturbations du fond mental, rattachées, aux psychoses. La tâche du psychiatre est de rendre à chacun le sentiment de sa valeur et de sa responsabilité vis-à-vis du milieu dans lequel il agit. Des exemples cliniques sont rapportés.

V.-J. DURAND.

La névrose du point de vue social (A neurose do ponto de vista social), par J. Seabra DINIS. (*Anais portugueses de psiquiatria*, vol. 4, n° 4, décembre 1952, p. 222-248).

Les névroses dépendent, non seulement de l'hérédité, de prédispositions constitutionnelles, de désordres végétatifs, mais aussi très fréquemment de causes extérieures, physiques et sociales. Des exemples historiques sont rappelés de l'influence des facteurs sociaux. A l'heure actuelle, s'observe une névrotisation générale, liée à un état permanent d'insécurité, d'instabilité et de tension. Cette névrotisation ayant une origine plus sociale que psychique, il est illusoire de vouloir la prévenir ou la guérir par des moyens purement médicaux. Une telle attitude n'est pas justifiée et ne peut que conduire à un échec complet. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Etude électro-encéphalographique de la psychonévrose hystérique (Studio E.E.G. della psiconevrosi isterica) par P. BENASSI et G. CENACCHI (de Bologne). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 4, juillet-août 1953, p. 542-548).

Cinquante malades atteints de manifestations hystériques ont été examinés. Les tracés électro-encéphalographiques montraient, au repos, un rythme alpha de 8 à 11 cycles par seconde avec quelques bouffées de rythme thêta prédominant dans les régions frontales et temporo-pariétales. L'hyperpnée provoque l'apparition rapide du rythme thêta et même d'ondes delta avec hypersynchronisme. La réaction d'arrêt est presque constante. Dans l'ensemble, il n'y a pas de nette différence suivant les caractères cliniques des manifestations hystériques. Parmi certains éléments, l'électro-encéphalogramme des hystériques se rapproche de celui des enfants et traduit un manque de maturité affective. Deux figures.

V.-J. DURAND.

Que faut-il pour approfondir nos connaissances sur les psychoses dites fonctionnelles ? par Cécile et Oskar Vogt (de Neustadt). (*L'encéphale*, t. 42, 1953, n° 2, p. 97-100).

« L'anatomiste peut seulement contribuer à éclaircir la base de l'aliénation mentale, mais il ne peut pas expliquer la manifestation individuelle de l'état psychotique du malade. » Il doit collaborer avec le clinicien. La collaboration est particulièrement utile dans les études sur l'hérédité. Sur le plan mondial, les auteurs préconisent la création d'un Institut central pour l'étude des psychoses fonctionnelles. En attendant, des échanges entre les divers instituts en fonctionnement seraient très utiles.

V.-J. DURAND.

Les asthénies. (Le astenie), par G. B. BELLONI (de Padoue). (*Archivio di psicologia, neurologia e psichiatria*, 14^e année, fasc. 3, mai-juin 1953, p. 374-388).

La question des asthénies demeure assez discutée. L'auteur distingue une asthénie somatique et une asthénie psychique. Celle-ci peut être simple ou psychonévrosique. Dans ce dernier cas, elle est liée à l'élément fondamental de la psychonévrose neurasthénique, c'est-à-dire à l'anxiété. L'asthénie par excès de travail ne doit pas être assimilée à la neurasthénie. De même que l'anxiété, l'asthénie psychonévrosique peut être la conséquence d'une stimulation somatique, ou sous-corticale, ou exogène, mais elle exige toujours l'intervention du complexe thalamo-hypothalamique. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les aspects cliniques, pathogéniques et thérapeutiques de l'anorexie mentale. (d'après 50 observations), par J. LABOUCARIÉ et P. BARRÈS. (*L'évolution psychiatrique*, janvier 1954).

Outre un tableau synoptique résumant les observations de 47 femmes et 3 hommes, on trouvera dans ce travail un historique en tête, une bibliographie en fin d'article.

Un syndrome de Sheehan faisait partie du nombre total sur lequel les auteurs ont cherché à dégager les dominantes pathogéniques et évolutives tout en soulignant les aspects cliniques et thérapeutiques de cette affection classique, trop souvent interprétée selon des points de vue exclusifs. L'épreuve de l'isolement redresse les erreurs pouvant exceptionnellement se produire. La psychothérapie doit être invigorative et visera à la solution des conflits vécus. L'électrochoc en a été la préface pour débloquer en premier lieu un symptôme où la théorie de l'analyse seule est abusive. La réaction onirique est du domaine de l'instinct et de celui du psychiatre.

Maurice LECONTE.

Notes sur la pratique psychosomatique. (Notes on psychosomatic practice), par S. Lowy (de Londres). (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 26, n° 2, 1953, p. 152-157).

Le malade réagit de façon particulière pendant l'interrogatoire et pendant l'examen médical. Dans la pratique courante, il est possible d'observer de telles réactions dès la première prise de contact entre médecin et patient. Les diverses phases de l'exploration clinique, l'emploi des méthodes complémentaires (comme la radiologie) et des recherches de laboratoire entraînent des modifications profondes chez le malade. L'auteur s'attache à les décrire, à en montrer l'importance pour la conduite thérapeutique, tout particulièrement dans le domaine de la médecine psychosomatique et pour la psychothérapie.

V.-J. DURAND.

Le diagnostic de la guérison en psychiatrie, par le professeur Nerio ROJAS (de Buenos-Aires). (*L'hygiène mentale*, 42^e année, n° 2, 1953, p. 37-52).

Il est souvent difficile d'affirmer la guérison d'un trouble mental. Une nette définition de l'aliénation est d'abord nécessaire, « ...un trouble général et persistant des fonctions psychiques ignoré ou mal compris par le malade et qui empêche l'adaptation intelligente et active au milieu ambiant, sans profit pour lui, ni pour les autres personnes ». Le diagnostic posé antérieurement peut être un élément d'appréciation, mais des erreurs ont pu être commises ; d'autre part, des conceptions nosographiques et doctrinaires peuvent troubler le clair jugement. L'examen du malade s'appuiera tout spécialement sur l'étude de la mimique, l'analyse de l'adaptabilité au milieu ambiant, l'existence de la rectification des signes morbides. Il faut d'ailleurs bien connaître les fausses rectifications, les rectifications incomplètes. Une attitude prudente est de règle. Toujours l'examen complet sera nécessaire avant de conclure.

V.-J. DURAND.

Incidents de suicide dans le personnel militaire. (Suicidal incidents in military personnel), par Harry POZNER. (*The British Journal of Medical Psychology*, vol. 26, n° 2, 1953, p. 93-109).

Les observations de 60 tentatives de suicide, dans une unité militaire, sont analysées. Les facteurs en cause, les modalités particulières sont envi-

sagés. Le rôle du psychiatre d'armée peut être très important dans la prévention de ces accidents. Une attention particulière aux principes de l'hygiène mentale, en rapport avec l'organisation militaire, pourrait minimiser la fréquence des tentatives de suicide. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La psychiatrie à travers les siècles. Le professeur Egas Moniz et le Brésil. (A Psiquiatria através dos séculos. O Professor Egas Moniz e o Brasil), par Orlando COURRÈGE (Extrait de 34 pages de *Revista Portugal-Brasil*, Lisbonne, 1952-53).

L'auteur, montrant les liens culturels qui unissent le Portugal et le Brésil, retrace une rapide histoire de la psychiatrie depuis l'antiquité. Puis, il s'attache à décrire plus longuement l'évolution des conceptions de la médecine mentale et de son organisation hospitalière au Portugal et au Brésil. Il précise l'importance de la répercussion des travaux du professeur Egas Moniz dans les deux pays. Cinq gravures illustrent l'article, se rapportant à l'histoire de la psychiatrie.

V.-J. DURAND.

L'électro-encéphalogramme dans les désordres affectifs, par Denis WILLIAMS. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine. Section of psychiatry* vol. 47, septembre 1954, p. 779).

Les tracés électro-encéphalographiques recueillis au cours des désordres mentaux présentent des anomalies qui sont très diverses et sans rapport constant avec les manifestations mentales. C'est que l'électro-encéphalogramme n'enregistre pas les potentiels cérébraux d'action. Le tracé recueille la combinaison des potentiels de milliers de cellules ; les méthodes que nous utilisons sont encore tout à fait grossières ; le tracé électro-encéphalographique ne décèle que les simples modifications physiologiques de l'activité cellulaire, qui ne se résolvent pas dans la complexité de l'intégration du cerveau humain. Il y a cependant plusieurs moyens d'étudier la base du désordre mental d'un malade. Il faut éliminer les gros désordres organiques, étudier et faire varier les désordres cérébraux localisés en rapport avec des sentiments et un comportement anormaux, utiliser les techniques d'activation, tenir compte des modifications électriques en rapport avec les déficiences dans la maturité cérébrale. On peut ainsi déceler les désordres affectifs, qui sont le résultat direct des troubles physiologiques cérébraux. L'auteur a étudié les cas de cinq malades femmes chez lesquels les troubles émotifs et de l'humeur avaient une base physique indiquant un trouble du fonctionnement cérébral. Ces sujets présentaient des crises hallucinatoires terrifiantes d'une durée de quelques minutes à plusieurs heures ; elles s'accompagnaient d'un état émotif intense fait d'horreur, d'appréhension. Dans un des exemples, le tracé électro-encéphalographique portait des décharges de pointes et décela un état organique ou épileptique.

L. MARCHAND.

NEUROLOGIE

Remarques sur la sémiologie nerveuse du membre supérieur et de la main chez l'enfant. Réflexe tonique des fléchisseurs des doigts. Inhibitions de réflexes. Aptitude statique et locomotrice, par Yves CHESNI. (*Revue neurologique*, T. 91, n° 1, 1954, p. 37).

La labilité réactionnelle du nouveau-né, plus que celle de l'enfant plus âgé et de l'adulte, doit être étudiée dans des conditions adéquates. La meilleure méthode consiste à ne le découvrir que segment par segment et dans d'autres recherches il doit être examiné nu. Si l'extensibilité et la passivité sont explorées chez le nouveau-né au niveau de chaque segment du membre supérieur par les mêmes manœuvres que chez l'enfant plus âgé ou l'adulte, les résultats ne sont pas superposables du fait que les développements anatomiques et fonctionnels du cortex et du cervelet sont encore incomplets. Il existe une prédominance du tonus de flexion. Le stimulant déclenchant de la succion du pouce n'est pas connu. Les types de mobilité provoquée sont caractérisés chez le nouveau-né par une grande variabilité. L'auteur montre la difficulté à définir les zones réflexogènes. Dans les recherches de la synergie des doigts, une part importante doit être faite aux afférences provenant des antagonistes étirés. L'intensité du réflexe tonique des fléchisseurs des doigts peut varier d'un instant à l'autre ainsi que la facilité avec laquelle il peut être inhibé. Le réflexe en croix doit être considéré comme identique au réflexe de Moro. Ce dernier suspend le tonus de flexion des membres supérieurs et est inhibé par le réflexe tonique des fléchisseurs des doigts. L'activité du nouveau-né est à prédominance sous-corticale et le comportement de l'enfant se modifie à mesure du développement du cortex cérébral et du cervelet. Il faut avoir recours à certaines positions de l'enfant nouveau-né pour mettre en évidence la différence entre la mobilité spontanée du membre supérieur et celle du membre inférieur. L'attitude statique apparaît entre six et huit mois. Les afférences visuelles n'interviennent pas nécessairement dans le montage de la réaction statique. Il y a une différence nette dans la chronologie de l'aptitude locomotive des deux membres. Les membres supérieurs ne participent pas à la marche automatique primaire du nouveau-né par le balancement qui apparaîtra pendant la marche secondaire au terme de son évolution.

L. MARCHAND.

Les données pneumo-encéphalographiques au cours des hémiplésies de l'adulte d'origine imprécise, par Paul NAYRAC, Pierre GRAUX, Jacques CARON et Henri MARTIN. (*Bull. de la Société de médecine du Nord*, séance du 30 octobre 1953).

Chez deux malades, dont le tableau clinique évoquerait la sclérose en plaques, par quelques points, un aspect d'œdème cérébral a été découvert.

Chez cinq autres malades, la pneumo-encéphalographie révèle une atrophie cérébrale diffuse et modérée. Un certain nombre de caractères cliniques communs sont retrouvés : existence de prodromes, installation progressive de l'hémiplégie, association possible à des manifestations comitiales et à des troubles des sensibilités élémentaires, évolution peu régressive.

Dans trois de ces cas, on constate une hypercytose céphalique supérieure à 15 éléments, ce qui serait en faveur d'un processus inflammatoire prolongé.

L. R.

Intérêt de l'étude comparative d'électro-encéphalogrammes en série pour le diagnostic étiologique de diverses affections cérébrales, par S. THIRI (de Liège). (*La Presse médicale*, 28 novembre 1953).

Observations de tumeurs cérébrales diagnostiquées précocement et localisées exactement par des électro-encéphalogrammes comparatifs, et vérifiées opératoirement, malgré une artériographie et une ventriculographie cérébrales absolument normales.

Par une observation, l'auteur montre l'intérêt de cette méthode comparative dans les accidents vasculaires cérébraux, et insiste, en conclusion, sur la possibilité qu'offre l'étude comparative minutieuse de deux ou plusieurs électro-encéphalogrammes réalisés dans des conditions identiques, à quelques jours d'intervalle, pour le *diagnostic précoce* des tumeurs cérébrales et, d'une façon générale, pour le *diagnostic différentiel* des perturbations artérielles, veineuses ou tumorales de l'encéphale.

L. R.

Encadrement dans la phénoménologie générale de choc des troubles post-encéphalo-cisternographiques, interprétés à la lumière des facteurs génétiques, d'ordre hydrodynamique et biologique. (Inquadramento nella fenomenologia generale di shok dei disturbi post-encefalocisternografici, interpretati al lume della correlazione dei fattori di genesi di ordine idrodinamico e biologico), par Giuseppe Guilio Giodano (de Naples). (*Rassegna di neuropsichiatria*, vol. 7, n° 2-3, mai-juin 1953, p. 97-162).

Différentes théories ont été proposées pour expliquer les troubles consécutifs aux pneumo-cisternographies. Il faut admettre, d'après les recherches de l'auteur, un rôle important des perturbations hydrodynamiques. Une hypothèse peut être proposée sur la base de la convergence des facteurs physiques (troubles hydrodynamiques intrathécaux) et biologiques (secousses vasculaires cérébrales) conditionnés par la perturbation hydrodynamique et provoquant, à travers le déséquilibre neuro-végétatif secondaire, l'apparition de modifications organiques à placer dans la phénoménologie du choc. Cette conception permet d'utiles applications, particulièrement pour la prévention des troubles. Tableaux. Graphiques. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

L'électro-encéphalogramme dans la maladie de Sturge-Weber (L'eletroencefalogramma nella malattia di Sturge-Weber), par R. VIZIOLI et V. FLORIS (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 4, juillet-août 1953, p. 383-389).

Rapportant cinq observations de maladie de Sturge-Weber avec étude électro-encéphalographique, les auteurs indiquent que la donnée la plus saillante des tracés est une asymétrie entre les deux côtés avec dépression de l'activité électrique et pauvreté du rythme alpha du côté de l'angiome et des calcifications. Dans l'ensemble, dans les formes typiques de la mala-

die, les anomalies sont moins intenses que dans l'angiomatose encéphalo-trigémينية bisymptomatique sans calcification, cette dernière variété ayant un caractère plus évolutif. Sept figures.

V.-J. DURAND.

Etude électro-encéphalographique de 100 cas d'accidents vasculaires cérébraux, par Th. ALAJOUANINE, P. CASTAIGNE, HELD et LECASBLE. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 19 février 1954).

Ayant étudié 100 cas d'accidents vasculaires cérébraux de type et de localisations diverses au point de vue électro-encéphalographique, les auteurs concluent à l'existence très fréquente d'altérations dont ils précisent le type.

L. R.

Anévrysme de l'artère péricalleuse (Aneurisma dell'arteria pericallosa), par G. CASTORINA et L. CATALANO (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 1, janvier-février 1953, p. 77-87).

Les anévrysmes de l'artère péricalleuse sont exceptionnels. Les auteurs en rapportent un cas chez une malade de 56 ans avec céphalées en crises périodiques, sang dans le liquide céphalo-rachidien, coma précédé par une hémiparésie qui aboutit à une hémiplégie grave, modifications céphalo-rachidiennes au moment de l'hémorragie, fond d'œil et craniographies sans altérations, diastasis ventriculaire à la ventriculographie. L'angiographie permet le diagnostic. L'opération se montra efficace. Cinq figures.

V.-J. DURAND.

Nouvelle contribution aux rapports entre traumatisme crânien et tumeur cérébrale. (Nuovo contributo ai rapporti fra trauma cranico e tumore cerebrale), par A. POGGIALI (de Pise). (*Rassegna di neuro-psichiatria*, vol. 7, n° 1, janvier-février 1953, p. 37-55).

L'auteur rapporte deux cas de tumeur cérébrale apparus à la suite d'un traumatisme crânien : l'un pour lequel la néoformation paraît avoir pris naissance avant le traumatisme et avoir été seulement accélérée par celui-ci. L'autre, un astrocytome, qui semble avoir été déclenché par une contusion fronto-pariétale gauche, se localisant dans la même région. Il y a eu pour les deux observations opération et vérification histologique. L'auteur fait une révision de la littérature concernant la question toujours discutée des rapports entre traumatisme et processus tumoral au niveau du crâne et de l'encéphale. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Abcès cérébraux multiples dus à une espèce inhabituelle de Nocardia, par E. TESTARD, F. MARIAT, J. GACHES et J. LE BEAU. (*Revue neurologique*, T. 91, n° 2, 1954, p. 92).

Chez un homme de 38 ans, ne présentant que des céphalées violentes, un léger déficit moteur du membre inférieur droit, une asymétrie faciale, syndrome évoluant sans fièvre, l'électro-encéphalographie apporte une donnée précise sur l'existence d'abcès frontaux droit et gauche. Intervention par un volet frontal bilatéral et découverte d'abcès multiples dans le lobe frontal

droit. Les jours suivants, l'état du malade est satisfaisant, mais quinze jours plus tard la température s'élève et on intervient de nouveau. La mort survient malgré l'utilisation des antibiotiques. A l'autopsie, abcès multiples dans le cerveau et le cervelet. L'agent pathogène est un nocardia, voisin d'un nocardia de l'espèce astéroïde. Ce cas est peut-être unique puisqu'il semble être le premier connu d'une mycose humaine due à un nocardia qui semble constituer une espèce inhabituelle. La porte d'entrée reste inexpliquée.

L. MARCHAND.

Tumeurs cérébrales métastatiques (Metastaticni tumori mozga), par R. LOPASIC (de Zagreb). (*Neuropsihijatrija*, Zagreb, vol. 1, n° 1, 1953, p. 1-20). (résumé en anglais).

Sur 682 cas de tumeurs intracrâniennes furent observées 46 tumeurs cérébrales métastatiques dont 37 carcinomes. Le cancer primitif était vingt-et-une fois celui du poumon chez l'homme et six fois celui du sein chez la femme. Le symptôme le plus fréquent fut la céphalée ; puis vinrent les troubles psychiques, plus souvent constatés que dans les tumeurs primitives du cerveau ; en troisième place, les signes focaux. L'œdème papillaire fut relativement rare (huit cas). Il y eut, d'autre part, cinq sarcomes métastatiques chez des malades plus jeunes, les signes mentaux étant moins marqués. Trois mélanoblastomes, un hypernéphrome furent observés. Au point de vue diagnostique on note, dans l'ensemble, l'évolution rapide des symptômes neurologiques et mentaux. Le traitement chirurgical peut être essayé quand on suspecte une métastase unique. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les métastases cérébrales des cancers pulmonaires, par H. GASTAUT, M. TOGA et A. ROGER. (*Archives de médecine générale et tropicale*, t. 31, n° 5, septembre-octobre 1954, p. 304-314).

Les auteurs apportent une statistique de 52 tumeurs cérébrales métastatiques dont 17, soit 32,5 %, provenaient du poumon. La voie hématogène explique la multiplicité et la dispersion de ces métastases. L'étude électro-encéphalographique de 50 d'entre elles a montré sa fidèle concordance avec l'examen clinique. Mieux, l'électro-encéphalogramme permet fréquemment et précocement de révéler des métastases insoupçonnées. M. Gastaut et ses collaborateurs insistent en terminant sur l'existence de tracés anormaux, avec lenteur du rythme de fond, chez des cancéreux pulmonaires sans métastases. Le mécanisme pathogénique de ces tracés reste obscur : ils paraissent provenir d'une atteinte du système réticulé en relation avec des troubles métaboliques d'origine diverse mais hypothétique.

J. ALLIEZ.

Symptomatologie ophtalmologique des tumeurs temporales. (Sintomatologia oftalmologica de los tumores temporales), par Tomas INSAUSTI et Alejandro SALLERAS. (*Neuropsiquiatria*, Buenos Aires, vol. 3, nos 3-4, décembre 1952, p. 143-157).

Sur plus de 90 observations de tumeurs temporales, les auteurs en ont choisi 30 où une étude ophtalmologique plus ou moins complète fut pra-

tiquée. Dans cinq cas fut noté du ptosis ; les altérations de la sensibilité cornéenne et conjonctivale sont rares (trois cas) ; la paralysie de la 6^e paire se vit cinq fois, celle de la 3^e paire deux fois (avec hémiplégie opposée). Il y eut huit fois du nystagmus, huit fois abolition ou diminution du réflexe photomoteur, quatre fois diminution du réflexe à l'accommodation, quatre également, mydriase unilatérale. L'œdème papillaire est pratiquement constant ; l'acuité visuelle, au contraire, n'est pas touchée. Le champ visuel, normal ou presque dans dix cas, montre, dans dix autres cas, une hémianopsie homonyme, et dans dix cas, enfin, une hémianopsie en quadrants. Donc, le syndrome ophtalmologique comprend : œdème papillaire, acuité normale, pupilles et mobilité intrinsèque intactes, parfois atteintes des 3^e et 6^e paires et altération du champ visuel. Onze figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Sur les astrocytomes diffus. (Sugli astrocitomi diffusi), par Alberto EDERLI et Valentino BRAITENBERG (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 2, mars-avril 1953, p. 97-126).

Les auteurs rapportent deux observations d'astrocytomes diffus, l'une chez une femme de 61 ans avec hémiparésie gauche, troubles de la motilité au membre supérieur droit, dysesthésies de type thalamique à gauche, détérioration mentale, par gliome du thalamus droit associé à un glioblastome logé entre la capsule interne et l'insula du côté droit. Dans l'autre observation, chez un homme de 49 ans, apparurent des troubles hémiparétiques droits avec aphasie, signes d'hypertension intracrânienne, par astrocytome pariéto-temporal gauche, avec diffusion secondaire étendue allant du corps calleux au bulbe. A propos de ces deux cas, les auteurs font une révision de la question. Dix-sept figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les méningiomes du sphénoïde. (I meningiomi dello sfenoide), par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*Il cervello*, 29^e année, n° 5, 15 septembre 1953, p. 321-342).

L'auteur décrit, cliniquement et anatomiquement, quatre cas de méningiome du sphénoïde : deux chez l'homme, deux chez la femme avec des tableaux symptomatiques assez pauvres et trompeurs. Sur le plan du syndrome neurologique, il y a une grande difficulté à séparer les méningiomes sellaires des méningiomes parasellaires. Onze figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Contribution à l'étude des tumeurs du corps calleux. Tumeurs à symptomatologie mentale chez une ancienne maniaque dépressive, par A. DONNADIEU et J. Y. ACHALLE. (*L'encéphale*, T. 42, n° 3, 1953, p. 241-249).

Chez une malade présentant depuis de longues années des épisodes maniaco-dépressifs, l'autopsie découvre un astrocytome giganto-cellulaire occupant les parties antérieure et moyenne du corps calleux et envahissant les régions voisines sur une large étendue. Fait très intéressant, le tableau psychique

ne présentait pas de signes évocateurs d'une néoplasie intra-cranienne. Seule une légère modification de la symptomatologie avait été notée quelque temps avant la mort. Ceci confirme que, quand une tumeur cérébrale apparaît chez un malade ayant déjà des troubles mentaux, elle reproduit les symptômes antérieurs au point de vue psychique. Le diagnostic est alors particulièrement difficile. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

La forme radiculo-cordonnale postérieure des dégénérescences spino-cérébelleuses, par A. BIÉMOND. (*Revue neurologique*, T. 91, n° 1, 1954, p. 3).

Parmi les quatre formes de « dégénérescences spino-cérébelleuses héréditaires », ainsi désignées par Mollaret, et qui comprennent la maladie de Friedreich, l'hérédo-ataxie cérébelleuse de Pierre Marie, la paraplégie spasmotique familiale du type Strumpell-Lorrain, la maladie de Roussy-Lévy (forme radiculo-cordonnale postérieure), l'auteur rapporte six cas, tous issus d'une même famille, pouvant être considérés comme présentant la forme radiculo-cordonnale postérieure. Le tableau clinique se caractérise par le déficit prononcé ou total de la sensibilité transmise par les cordons postérieurs, dans quelques cas par des troubles du trijumeau, et chez deux sujets par une atrophie optique. L'examen anatomique dans un cas révéla une dégénérescence quasi complète des cordons postérieurs et des fibres médianes à gros calibre des racines postérieures. Atteinte de la racine du trijumeau et dans le cervelet déficit partiel des cellules de Purkinje (14 photomicros illustrent le mémoire).

L. MARCHAND.

Epilepsie et troubles de la vigilance, par G. C. LAIRY-BOUNES, J. GARCIA-BADARACCO et M. B. DELI. (*L'encéphale*, t. 43, 1953, n° 2, p. 170-192).

Les auteurs décrivent comme « troubles de la vigilance », les signes cliniques et électro-encéphalographiques accompagnant, chez les sujets normaux, le passage de l'état vigile à l'endormissement et, chez les narcoleptiques, la difficulté de se maintenir à l'état vigile. On peut observer de tels signes chez les épileptiques, dans les formes psycho-motrice et morphéique. Au point de vue électro-encéphalographique, plusieurs modalités sont possibles : activité localisatrice en foyer apparaissant surtout à l'état sub-vigile, activité diffuse avec pointes-ondes bilatérales, à l'état vigile, pas de signe d'accompagnement, parfois, à la période inter-critique, le trouble de la vigilance apparaît, quelquefois, comme le témoin d'une activité épileptique faible. Il semble être un des facteurs essentiels communs à l'épilepsie psycho-motrice et à l'épilepsie psychique. Six figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Les convulsions épileptiques dans les lésions vasculaires du cerveau. (Le convulsioni epilettiche nelle lesioni vascolari del cervello), par Giovanni FATTOVICH (de Venise). (*L'ospedale psichiatrico*, 21^e année, fasc. 1, janvier-mars 1953, p. 1-47).

Douze observations de convulsions épileptiques chez des sujets âgés sont rapportées, correspondant à des lésions diverses : hypotrophie diffuse du

cerveau, hémorragies sous-arachnoïdiennes, inondation hémorragique des ventricules, athéromatose des vaisseaux, hypotrophie cérébelleuse, artériosclérose et foyers de ramollissement de sièges variés. A propos de ces cas, ainsi que d'autres précédemment rapportés par lui, l'auteur évoque les discussions récentes sur le mécanisme de la crise épileptique et, en particulier, sur le déterminisme des manifestations comitiales liées à l'artériosclérose cérébrale. Beaucoup de problèmes demeurent encore incomplètement résolus. Quarante figures. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Epilepsie, hypocalcémie et spasmophilie, par H.-P. KLOTZ. (*Bull. de la Société de pédiatrie*, séance du 18 janvier 1955).

Se basant sur une statistique de 85 adultes et retenant, en particulier, trois observations typiques, M. H.-P. Klotz montre que l'hypocalcémie peut donner lieu à des manifestations cliniques et électriques de comitialité ; ces faits étant confirmés par des recherches expérimentales sur le chien. La correction de l'hypocalcémie par la vitamine D2 et la calcaïne fait disparaître les crises comitiales.

Des tétanies chroniques normo-calcémiques d'un caractère, souvent familial, peuvent, d'autre part, être observées chez l'adulte et l'auteur communique trois observations d'enfants rentrant également dans cette catégorie. Les signes cliniques et électriques de comitialité ont disparu au bout de plusieurs mois de traitement par la vitamine D2 et la calcaïne sans administration de barbituriques.

L. R.

Tétanie et épilepsie, par ROMA AMYOT et JULIO VASQUEZ (de Montréal). (*La Presse médicale*, 6 mars 1954).

Observation d'une malade de 40 ans, qui présente, quinze ans après une thyroïdectomie, des crises tétaniques et des accès convulsifs de type épileptique. Electro-encéphalographie à décharges pathologiques, dont quelques-unes à allure paroxystique. Hypocalcémie.

Un traitement hypercalcémiant ramena le calcium sanguin à un taux normal, fit disparaître les crises tétaniques, les signes de spasmophilie, les accès convulsifs et les bouffées paroxystiques de l'électro-encéphalogramme.

Les auteurs concluent que cette observation apporte une preuve clinique et électro-encéphalographique à la notion de l'épilepsie par hypocalcémie et tétanie chez certains sujets à dysrythmie cérébrale préexistante.

L. R.

Hématome frontal. Complication mortelle d'une éclampsie, par C. GROS, B. VLAHOVITCH et D. JOURDAN (de Montpellier). (*La Presse médicale*, 12 décembre 1953).

Bien que semblant se raréfier, l'éclampsie reste, malgré tous les moyens prophylactiques et thérapeutiques, une affection grave de la femme enceinte. Le cerveau est, avec le rein, l'organe sur lequel retentissent avec le maximum d'acuité les désordres vaso-moteurs et végétatifs occasionnés par l'éclampsie. Les complications nerveuses de nature hémorragique sont fréquemment

rencontrées au cours des vérifications anatomiques, mais il est rare de rencontrer des cas d'hématome volumineux comme celui rapporté par les auteurs chez une femme de 38 ans.

L'éclampsie grave, coma et signes neurologiques de localisation, doit faire envisager la possibilité d'un hématome intra-cérébral spontané. Les techniques d'exploration encéphalique, telles que l'artériographie en particulier, deviennent alors indispensables. Seule la thérapeutique neuro-chirurgicale en peut, par évacuation précoce, donner un résultat satisfaisant.

L. R.

Une contribution au diagnostic des lésions diencephaliques (Ein Beitrag zur Diagnose diencephaler Lasionen), par N. VURDELJA et S. MARINKOV (de Novi Sad). (*Wiener Archiv für Psychologie, Psychiatrie und Neurologie*, vol. 3, n° 3, septembre 1953, p. 157-161).

Se basant sur 300 cas divers, les auteurs concluent qu'à côté de la nouvelle symptomatologie extra-pyramidale très inconstante, la diminution des valeurs de rétraction du caillot sanguin, toujours présente, apparaît le signe de troubles des centres végétatifs du diencephale. Dans le domaine de nombreuses affections, l'étude de la rétraction du caillot sanguin peut servir pour répondre à la question si souvent posée : « S'agit-il de troubles organiques ou fonctionnels ? ».

V.-J. DURAND.

Leucodystrophie familiale et détermination spléno-hépatique caractérisant un trouble général du métabolisme, par I. BERTRAND, S. THIEFFRY et M^{me} E. BARGETON. (*Revue neurologique*, tome 91, n° 3, 1954, p. 161).

L'observation présente l'intérêt d'une forme de passage entre la sclérose diffuse familiale infantile avec désintégration myélinique, dont les déchets restent au stade préliipoïdique (type de Scholz) et la leucodystrophie, dont les déchets s'accumulent sous forme d'une substance métachromatique avec disparition primaire de la glie interfasciculaire (type Greenfield). Il s'agit d'un enfant normal jusqu'à l'âge de 15 mois, qui devint paraplégique, puis quadriplégique, indifférent à l'environnement ; il est atteint de cécité et de surdité d'origine corticale, de démence ; il meurt à l'âge de 2 ans 1/2. Les lésions des centres nerveux sont caractérisées par une démyélinisation étendue de toute la substance blanche cérébrale et cérébelleuse s'accompagnant de gliose fibrillaire sans phénomènes inflammatoires ; disparition complète de l'oligoglie ; dans les zones démyélinisées, peu de graisses neutres et accumulation de déchets. Dans la rate et le foie, substance de surcharge dans les cellules réticulo-endothéliales. Le diagnostic avec les autres maladies familiales dégénératives est malaisé, surtout avec la maladie de Pelizaeus-Merzbacher, qui débute à la naissance et avec les dyslipoïdoses types infantiles et juvéniles, avec la leuco-encéphalite type Schilder. Les auteurs pensent que la dégénérescence myélinique est due à l'altération génotypique de l'oligoglie qui, normalement, joue un rôle trophique à l'égard de la myéline. La surcharge des cellules réticulo-endothéliales de la rate et du foie porte à croire qu'il s'agit d'une maladie générale (le mémoire est illustré de dix photomicros).

L. MARCHAND.

Sclérose en plaques familiale, par P. NAYRAC, I. BERTRAND, Mme MOLLARET, M. FONTAN et RABACHE. (*Revue neurologique*, T. 91, n° 2, 1954, p. 102).

Les observations de sclérose en plaques familiale ne sont pas très rares. Dans le mémoire présent, les observations concernant trois frères, avec autopsie chez l'un d'eux, sont rapportées. Le premier cas a trait à un malade de 24 ans ; l'affection a revêtu une forme aiguë. Après un premier épisode transitoire, au cours duquel on avait constaté de l'hypercytose, de l'hyperalbuminose et une réaction du benjoin colloïdal de type paralytique dans le liquide céphalo-rachidien, la mort est survenue dix mois après un second épisode. L'autopsie a confirmé le diagnostic. La durée totale de l'affection avait été de un an et demi. Dans la deuxième observation, le sujet, âgé de 43 ans, est atteint de paraplégie spasmodique, de paresthésies des membres inférieurs, de troubles cérébelleux gauches évoluant par poussées accompagnées d'hyperalbuminose et d'une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien avec réaction du benjoin colloïdal de type paralytique. Le début remonte à cinq ans. Le troisième frère était âgé de 36 ans quand il fut atteint d'une hémiplégié droite, d'un syndrome d'irritation pyramidal bilatéral avec signes cérébelleux, atrophie optique, le tout évoluant par poussées avec hyperalbuminose et hypercytose du liquide rachidien et réaction du benjoin colloïdal de type paralytique. Les auteurs font remarquer les particularités du syndrome biologique du liquide céphalo-rachidien chez ces trois malades, car il est inhabituel d'observer de telles hyperalbuminoses et hyperlymphocytoses, de telles anomalies de flocculation du benjoin colloïdal au cours de la sclérose en plaques. Ces particularités devraient être recherchées dans les autres cas de sclérose en plaques familiale.

L. MARCHAND.

Méningite tuberculeuse aiguë au terme d'une maladie de Hodgkin traitée par les hormones corticotrophiques et les antibiotiques bacillaires, par G. GIRAUD, H. LATOUR, A. LÉVY, P. BARJON et M. RIBSTEIN. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 4 décembre 1953).

Après trois ans d'évolution d'une maladie de Hodgkin, éclate une méningite tuberculeuse rapidement mortelle. L'évolution s'est faite pendant un traitement par l'A.C.T.H., auquel avaient été joints streptomycine et isoniazide bien qu'aucun foyer tuberculeux décelable n'existât. Cette observation conduit à de grandes réserves quant à l'indication de l'hormonothérapie au cours de la maladie de Hodgkin, même sous le couvert d'antibiotiques antibacillaires.

L. R.

Méningite lymphocytaire causée par un germe de la famille des « achromobacteriaceæ », par J. DEREUX. (*Bull. de l'Académie nationale de médecine*, séance du 2 mars 1954).

Observation d'une méningite lymphocytaire pure et tenace sans baisse des chlorures ni du sucre dans le liquide céphalo-rachidien. Les recherches bactériologiques ont montré qu'un germe de la famille des *achromobacteriaceæ* et du genre *alcaligenes* suivant la classification de Bergey, était à l'origine de cette méningite.

L. R.

Méningite à virus, par Robert CLÉMENT. (*La Presse médicale*, 3 février 1954).

Par virus, il faut entendre ici les ultra-virus, c'est-à-dire ces organismes de si petite taille qu'ils passent à travers les bougies filtrantes, ne sont pas vus au microscope ordinaire, mais seulement au microscope électronique. Les méningites dues aux ultra-virus sont à liquide clair, à prédominance lymphocytaire en général et ne suppurent jamais. Evolution habituellement favorable. Pronostic non seulement immédiat, mais à distance dominé par l'atteinte du système nerveux, pour lequel ses agents pathogènes ont une affinité spéciale et où ils peuvent engendrer des altérations indélébiles.

Le groupe des méningites lymphocytaires curables tend à se dissocier depuis que les progrès des recherches biologiques permettent plus aisément l'identification des virus filtrants. Il est difficile de dire s'il existe un virus propre de la méningite lymphocytaire curable essentielle, mais on peut parfois préciser le rôle étiologique de l'un des virus connus.

La méningite ourlienne primitive et isolée, la méningite lymphocytaire à virus d'Armstrong, la méningite endothélio-leucocytaire multirécurrenente, la méningite herpétique, celle à virus de Coxsackie, celle du virus grippal, de la fièvre ganglionnaire ou mononucléose infectieuse, de la lymphocytose infectieuse aiguë, celle à virus de Heine-Medin, celle du zona, et des encéphalites épidémiques, les méningites dues au virus de la lymphogranulomatose vénérienne, de l'hépatite épidémique ou à celui dit des « griffes de chat » posent fréquemment des problèmes diagnostiques délicats. Après avoir écarté le méningisme et les méningites séreuses, il faut avant toute chose s'assurer qu'il ne s'agit pas d'un début de tuberculose méningée. Diagnostic souvent par élimination avec les méningites des leptospiroses, de la syphilis, celle secondaire aux oto-mastoidites, sinusites, ethmoïdites, les méningites vermineuses, toxiques ou allergiques. Ce diagnostic différentiel et celui du virus en cause ne peuvent être précisés qu'avec l'aide du laboratoire.

L. R.

Sur le diagnostic de la méningite ourlienne, par M. LAMY, M.-L. JAMMET, M. AUSSANNAIRE, D. LAURENT. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 15 janvier 1954).

La nécessité d'un diagnostic aussi précoce que possible des méningites tuberculeuses donne un intérêt tout particulier au diagnostic différentiel des méningites ourliennes. De l'étude des dix méningites ourliennes, il semble qu'on puisse attacher une certaine valeur à l'existence d'une phase prodromique marquée par des signes généraux et surtout des troubles digestifs, douleurs abdominales, vomissements, diarrhée en rapport probablement avec une localisation pancréatique.

L'examen clinique peut, dans les cas difficiles, ne donner aucun argument décisif ; l'étude du liquide céphalo-rachidien ne fournit pas non plus de certitude. Les auteurs n'ont pas trouvé les leucocytoses très élevées parfois signalées. Albuminorachie normale. L'augmentation de l'amylasémie n'est pas constante mais, lorsqu'elle existe, est un signe d'une grande valeur, d'une recherche facile, et très précocement positif. La réaction de Hirst pour les oreillons, la réaction de déviation de complément ne peuvent malheureusement être utilisées que plus tard.

L. R.

Méningo-encéphalite au cours d'une mononucléose infectieuse, par Marc LINQUETTE, Georges NIQUET et Michel PAUCHANT. (*Bulletin de la Société de médecine du nord*, séance du 25 septembre 1953).

Observation d'une méningo-encéphalite survenue au décours d'une angine ulcéro-nécrotique, dont l'origine est prouvée par une réaction de Paul et Bunnell fortement positive. Tableau d'état de mal épileptique avec température élevée, coma vigile, Babinski gauche et réaction méningée de type lymphocytaire. Fond d'œil normal. L'évolution a été rapidement favorable et l'électro-encéphalogramme suivi pendant trois mois n'a montré que de minimes séquelles d'encéphalite.

L. R.

La méningite à « *Cryptococcus neoformans* » (*Torula histolytica*). Un nouveau cas d'évolution rapide, par A. LAPORTE, R. HOUDART, R. CALDÉRA et G. MANIGAND. (*La Presse médicale*, 13 janvier 1954).

Nouvelle observation de méningite à *Cryptococcus neoformans*. Début brutal, chez une femme de 69 ans, sans antécédents particuliers, par l'installation de fièvre et céphalée. A l'examen, deux ordres de signes : un syndrome méningé indiscutable ; des signes d'atteinte encéphalique. Aucun signe neurologique en foyer, fond d'œil normal ; examen somatique négatif. A la ponction lombaire, liquide clair avec réaction cellulaire lymphocytaire importante ; le taux de l'albumine, normal au début, s'accrut progressivement. Aucun parasite ne fut trouvé et tous examens négatifs, destinés à mettre en évidence le bacille de Koch. Evolution vers la mort moins de deux mois après le début des troubles.

L'examen anatomique montra qu'il s'agissait de méningite à *Cryptococcus neoformans*, et fit ressortir l'atteinte mésoenchymateuse élective. Les auteurs rappellent les principaux aspects de cette affection relativement rare et très redoutable, les nombreuses affections qu'elle peut simuler, les principaux tests biologiques, et évoquent le problème thérapeutique.

L. R.

A propos d'un cas de méningite cérébrospinale à *Moraxella*, observé au Vietnam, par C. RABY. (*Bull. de la Société de pathologie exotique*, séance du 10 février 1954)

L'auteur a isolé d'un liquide céphalo-rachidien de méningite cérébrospinale à évolution fatale un germe offrant les caractères de *M. Iwoffi*. Un genre identique avait déjà été isolé par Piéchaud et Second dans cinq méningites mortelles observées en France. Les germes considérés se montrent résistants à la pénicilline et à la streptomycine. La souche isolée *in vitro* a montré une très grande sensibilité à la chloromycétine, à l'auromycine et à la terramycine. On regrette que les circonstances n'aient pas permis d'administrer ces antibiotiques au malade.

L. R.

Une méningite humaine d'origine bovine (stomatite pseudo-aphteuse épizootique) et son ultra-virus, par P. MOLLARET, L. SALOMON et M^{me} L. SALOMON. (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 13 novembre 1953).

Observation d'une malade hospitalisée avec un tableau assez particulier de méningite lymphocytaire, évoluant schématiquement en deux phases : la première est celle d'une maladie générale avec fièvre élevée pendant une semaine. Après rémission de quatre à cinq jours, éclate brusquement une méningite aiguë présentant une réaction purement lymphocytaire et comportant — fait inhabituel dans les méningites — une diminution de la sécrétion du liquide céphalo-rachidien. Après une semaine, guérison, parfois après une très discrète rechute.

Il a pu être isolé, à partir d'une malade, un ultra-virus retrouvé chez des bovidés présentant une stomatite contagieuse différente de la fièvre aphteuse. Ce virus a pu être inoculé à partir de l'homme comme de la vache, au lapin, au cobaye, d'une part ; au souriceau et au raton nouveau-né d'autre part, enfin aux embryons de poulet ; le mouton semble peu réceptif ; un cheval âgé n'a pu être infecté.

L'antigène préparé à partir d'embryons de poulet donne une réaction de fixation du complément positive vis-à-vis du sérum de convalescents.

Des recherches ultérieures délimiteront le domaine exact de la nouvelle maladie humaine et vétérinaire. Dès maintenant, ce nouveau virus devra être recherché, même chez des méningitiques n'ayant eu aucun contact direct avec le bétail (car il est logique de réserver la possibilité d'une transmission indirecte par le lait, le beurre, etc.) et dans le domaine encore imprécis des réactions méningées observées dans quelques cas après vaccination antivariolique.

L. R.

Surinfection méningée par inoculation au cours des explorations et thérapeutiques rachidiennes médicales, par P. MONNET et G. BIGUET-MERMET (de Lyon). (*Le bulletin médical*, n° 10, 15 mai 1953, p. 243-250).

Ponction lombaire, rachicentèse, ponction sous-occipitale, encéphalographie gazeuse peuvent se compliquer d'infection méningée surajoutée. Les auteurs rapportent des observations personnelles ou publiées dans la littérature mondiale survenues après ponction lombaire ou cisternale diagnostiques, après rachianesthésie, au cours des traitements intra-rachidiens pour méningite tuberculeuse ou non. Les conditions étiologiques sont décrites, la contamination pouvant venir d'une stérilisation insuffisante du matériel ou d'un incident technique. L'apparition de la surinfection peut faire penser à une réaction médicamenteuse, à une rechute, à une surinfection virale. Les conséquences thérapeutiques et prophylactiques sont très importantes, en particulier aseptie rigoureuse, matériel strictement individuel. Importante bibliographie.

V.-J. DURAND.

Méningo-radiculite de la queue de cheval et herpès, par Louis GAYRAL. (*L'encéphale*, T. 42, n° 3, 1953, p. 274-282).

L'auteur rapporte trois observations de méningo-radiculite aiguë localisée aux nerfs de la queue de cheval, spontanément curable et contempo-

raïne de manifestations herpétiques dans la région périnéale et génitale. Dans les trois cas, il semble s'être agi de la première atteinte par l'herpès. Dans l'observation I, les accidents furent précédés par un épisode grippal banal et dans l'observation III par des phénomènes grippaux sérieux. Plusieurs points demeurent obscurs en ce qui concerne les relations entre le virus herpétique et l'atteinte du système nerveux. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Tétanos et méningite aseptique par première injection intra-rachidienne par sérum. (Tetano e meningite asettica da prima iniezione endorachidea di siero), par Arrigo MONTANARI (de Florence). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 1, janvier-février 1953, p. 54-60)

Sur une centaine d'infections tétaniques observées au cours de vingt années d'hôpital, l'auteur rapporte trois cas qui, après la première injection intra-rachidienne de sérum antitétanique, ont montré une forte réaction méningée. L'évolution fut favorable, ce qui peut faire considérer cette réaction comme bénéfique. Les méninges molles enflammées auraient produit des substances de défense passant ensuite dans la circulation sanguine et dans les cellules nerveuses atteintes par la toxine. On peut admettre une réaction apte à combattre le stimulus local artificiel et l'infection tétanique par un phénomène de surcompensation et de généralisation d'un fait biologique de défense.

V.-J. DURAND.

Infection tétanique avec syndrome poly-neuro-méningomyélitique associé. (Infezione tetanica con associata una sindrome polineuromeningomielitica), par Arrigo MONTANARI (de Florence). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 1, janvier-février 1953, p. 61-67).

L'auteur rapporte un cas d'infection tétanique associée à un syndrome poly-neuro-méningomyélitique ; il élimine la responsabilité du bacille de Nicolaïer et ne pense pas que le syndrome poly-neuro-méningomyélitique ait été provoqué par un virus. Dans le cas présent, il semble que, sous l'influence du tétanos, une lésion alcoolique des nerfs des membres inférieurs se soit étendue à la moelle épinière et aux méninges rachidiennes. Les atteintes névritiques antérieures auraient apporté des modifications à la symptomatologie tétanique.

V.-J. DURAND.

Paraplégie flasque terminale compliquant une leucose aiguë paramyéloblastique, par J. OLMER, P. GALLAIS, M. MONGIN et G. SERRATRICE. (*Marseille médical*, L. 91, n° 10, p. 692-695).

Chez un enfant de 13 ans, après une amélioration transitoire d'une leucose aiguë paramyéloblastique évoluant depuis cinq mois, apparition d'une impotence complète des membres inférieurs avec aréflexie tendineuse totale et troubles vésicaux, sans anesthésie, coïncidant avec une poussée leucoblastique rapidement mortelle ; l'hyperalbuminorachie atteignait 3 gr. 10. Les auteurs soulignent le caractère classique de cette compression apparaissant au cours d'une leucose mais aussi son extrême rareté. L'inefficacité totale de la thérapeutique est aussi à remarquer.

J. ALLIEZ.

Compressions médullaires par tumeurs et kystes congénitaux, par A. DEREYMAEKER (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, novembre 1954).

Etude anatomo-clinique de huit observations de compression médullaire par tumeur ou kyste congénital avec vérification opératoire. Discussion de la classification histologique proposée par Sachs, dont les quatre groupes ne semblent pas à l'auteur pouvoir contenir tous les cas. Les résultats thérapeutiques de l'intervention chirurgicale sont satisfaisants si la compression n'est pas de trop longue durée et si la topographie de la lésion en permet une large exérèse.

L. R.

Quelques remarques au sujet du diagnostic des myélites subaiguës ou chroniques, par Omer BARTIER (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, décembre 1954).

Observation de méningomyélite chronique probablement syphilitique chez un homme de 54 ans. Discutant les éléments du diagnostic clinique et anatomo-pathologique, l'auteur insiste sur la valeur relative d'une réaction de Bordet-Wassermann négative, sur l'intérêt de l'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, sur la nécessité d'un diagnostic systématique basé sur la valeur absolue et sur la valeur relative de certains des symptômes observés. Sept figures.

L. R.

Etude critique du diagnostic radiologique de la hernie discale lombaire, par R. EMPAIN (de Louvain). (*Acta neurologica et psychiatrica Belgica*, décembre 1954).

Si l'anamnèse et l'examen clinique ont le premier rôle dans le diagnostic de la hernie méniscale, la radiographie simple et la myélographie ont une valeur d'appoint que l'auteur s'attache à préciser d'après l'examen de 112 cas vérifiés à l'intervention chirurgicale.

Des données de la radiographie simple, le pincement discal (diminution globale de hauteur de l'espace intervertébral) est pratiquement la seule qui permette de confirmer avec grande probabilité le diagnostic de hernie discale, surtout lorsqu'il existe au niveau d'un seul disque, chez un sujet jeune dont les vertèbres sont radiographiquement normales. Il doit cependant être interprété avec prudence lorsqu'il s'agit du disque lombo-sacré, normalement un peu moins haut que L4-L5 et de hauteur sujette à de notables variations individuelles.

Dans les cas douteux, la preuve radiologique directe peut être apportée par la myélographie, d'interprétation cependant délicate et qui n'est pas sans inconvénients, le danger existant d'une arachnoïdite déclenchée par l'injection de lipiodol dans les espaces sous-arachnoïdiens. Les aspects de profil, particulièrement, ont une grande valeur diagnostique.

Etude statistique que termine l'analyse des causes d'erreur. Huit figures.

R. C.

Etude de 18 cas de sciatique paralysante, par F. THIÉBAUT, F. ROHMER, D. PHILIPPIDÈS et F. ISCH (de Strasbourg). (*Le bulletin médical*, 67^e année, n° 12, 15 juin 1953, p. 311-315).

Les auteurs ont observé, en trois ans, dix-huit cas de sciatique paralysante, tout en éliminant les formes dues au mal de Pott, à une sacro-coxalgie, à une compression tumorale, à une lésion du tronc ou des branches du nerf. Dans neuf cas, on retrouvait dans les antécédents une ou plusieurs atteintes de sciatique, de lombalgie ou de lombo-sciatique. Neuf fois la paralysie coïncidait avec la première crise de sciatique. Les signes rachidiens, communs dans les sciaticques, peuvent se voir, généralement atténués. La paralysie est variable. On voit surtout : syndrome bilatéral des racines sacrées et de la 5^e lombaire, hémisindrome de la queue de cheval. Sur les 18 malades observés, il y eut 12 hommes, 6 femmes ; treize cas de 30 à 50 ans ; atteinte à gauche dix fois, à droite cinq fois. L'exploration électrique est très utile. Il est parfois nécessaire de recourir à la cure chirurgicale avec ablation discale. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les manifestations neurologiques de la périartérite noueuse, par P. BOUYGUEN. (*Le bulletin médical*, 67^e année n° 12, 15 juin 1953, p. 325-329).

La périartérite noueuse présente assez souvent (20 % des cas pour Arkin) une atteinte neurologique. L'aspect le plus fréquent est celui d'une polyneuropathie fébrile pouvant s'accompagner de localisations viscérales diverses et d'une cachexie progressive. Une observation en est rapportée ici. On peut voir aussi des mononeuropathies, des atteintes du système nerveux central. Il faut toujours rechercher les signes associés : oculaires, généraux, biologiques. Les données concernant l'évolution, le diagnostic et le traitement sont rappelées.

V.-J. DURAND.

Les aspects neurologiques initiaux des accidents provoqués par la foudre et par l'électricité industrielle, par Jean CAMBIER (de Paris). (*La Presse médicale*, 61, n° 59, 23 septembre 1953, p. 1201-1203).

Les réactions neurologiques immédiates au passage du courant électrique sont marquées, fréquemment par des contractures musculaires, exceptionnellement par des convulsions. Subjectivement, le sujet peut éprouver diverses sensations qu'il se rappelle ensuite si la perte de connaissance n'est pas immédiate et si une amnésie rétrograde ne se produit pas. On peut décrire divers syndromes de souffrance cérébrale diffuse : syncope, mort apparente, coma secondaire des accidents électriques, amnésie, états confusionnels avec agitation. On connaît également des syndromes paralytiques transitoires d'origine sans doute vaso-motrice. L'anatomie pathologique oppose les lésions des électrocutions légalés à celles des électrocutions accidentelles. L'étude physiopathologique permet de décrire les altérations du système nerveux observées sur le trajet du courant et celles constatées à distance. Certains faits porteraient à assimiler la décharge électrique à un choc non spécifique. La thérapeutique doit lutter contre l'anoxie par l'oxygénation et la respiration artificielle et contre l'œdème cérébral souvent responsable.

V.-J. DURAND.

PSYCHOLOGIE

Hypothèses théoriques en psychologie quantitative, par M. REUCHLIN.
(*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1954, n° 3, p. 310-329).

La pratique actuelle des tests repose sur une conception des aptitudes qui n'est pas valable, dit l'auteur, car elle ne met en jeu que des variables biologiques à l'exclusion de tous les facteurs psycho-sociologiques. De plus, elle postule la distribution normale des aptitudes et elle n'a pas résolu les difficultés d'étalonnage et de validation des épreuves. Aucun test, enfin, ne peut se flatter de mettre en jeu une aptitude pure, isolée de toute connaissance acquise.

M. Reuchlin propose de substituer à la notion d'aptitude celle d'appartenance au groupe social. Le psychologue rechercherait alors quelle est la fréquence de tel comportement dans tel groupe. Les résultats d'un sujet à une épreuve ne seraient plus considérés comme la mesure du développement d'une aptitude, mais comme « le caractère plus ou moins typique du comportement » d'un membre du groupe. L'auteur esquisse la manière dont on pourrait utiliser différentes méthodes statistiques (analyse factorielle, etc.).

Les avantages de cette notion d'appartenance au groupe, que celui-ci soit biologique (par exemple le sexe), sociologique ou économique, résident dans le fait que, contrairement aux aptitudes, les groupes sont directement accessibles à l'expérience.

Ce schéma théorique, avec les conceptions psycho-sociologiques qu'il implique, paraît extrêmement intéressant.

M. GLUGE.

Cybernétique et psychologie. L'idée de machine à penser, par P. GUILLAUME. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, 1954, n° 3, p. 360-378).

L'auteur résume quelques travaux de cybernéticiens en mettant l'accent sur les aspects susceptibles d'intéresser les psychologues. A propos de « cybernétique et société », de Wiener, il pose le problème des rapports de l'homme et de la machine. Ne sera-t-elle, vraiment, comme le pense Wiener, qu'un « esclave de l'homme » qui permettra à celui-ci de développer ses facultés humaines ? Il se demande, à juste titre, où se place la limite entre le travail spécifiquement humain, c'est-à-dire irréalisable par la machine, et les tâches « intellectuelles » que certaines machines accomplissent déjà.

Louis Couffignal, dans « Les machines à penser », compare la machine à calculer au système nerveux. Le problème essentiel qu'il pose est celui de l'hétérogénéité qui existe entre notre raisonnement logique et les opérations effectuées par la machine.

McCulloch, dans « Dans l'antre du métaphysicien », pose le problème général de la connaissance. Il a conçu un appareil grâce auquel un texte écrit est traduit en signaux sonores, donc perceptibles aux aveugles. Le schéma de cet appareil est comparé à l'écorce cérébrale.

On a obtenu, avec la tortue artificielle de Grey Walter, un phénomène très analogue aux réflexes conditionnés : après un certain nombre d'essais, la tortue réagissait au bruit de la même manière qu'à la lumière.

M. Guillaume analyse ensuite trois articles de W. Ross Ashby, portant

sur le problème de l'homéostasie, au niveau de la machine. Il est résolu par l'homéostat, qui rétablit lui-même son équilibre, lorsque celui-ci est perturbé. L'article de *Louis de Broglie*, « Sens philosophique et portée pratique de la cybernétique », montre ce que la cybernétique a apporté à la science. Mais il lui adresse aussi des critiques dont M. Guillaume résume l'essentiel. « La cybernétique, conclut-il, ne semble pas prête à nous fournir, dans un avenir prochain, la solution de la triple énigme de la vie, de la conscience et de la pensée. »

M. GLUGE.

ANATOMIE

Études sur les dysraphies cranio-encéphaliques. Agénésie des lobes olfactifs (télencéphaloschizis latéral) et des commissures calleuse et antérieure (télencéphaloschizis médian). La dysplasie olfacto-génitale, par G. DE MORSIER (de Genève). (53 pages in *Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 74, fasc. 1/2, Zurich 1954).

Important travail accompagné de 27 figures. Description du cerveau d'un enfant de 2 mois présentant un cranioschizis frontal avec agénésie des commissures calleuse et antérieure, agénésie complète des lobes olfactifs (bulbe et tractus).

Revue de 20 cas anatomiques d'agénésie de la commissure calleuse et de 31 cas d'agénésie des lobes olfactifs (bulbe et tractus) coïncidant avec un rhinencéphale bien développé. L'agénésie des lobes olfactifs est une dysraphie latérale ethmoïdo-olfactive analogue aux autres dysraphies latérales connues. Généralement, l'agénésie des lobes olfactifs s'accompagne d'eunuchoïdisme (dysplasie olfacto-génitale). Dans six cas d'agénésie des lobes olfactifs, les perceptions olfactives étaient normales (suppléance de la fonction olfactive par les récepteurs sensitifs du trijumeau).

L. R.

Plaques séniles et artério-sclérose cérébrale. Absence de rapports de dépendance entre les deux processus. Etude statistique, par A. ARAB. (*Revue neurologique*, T. 91, n° 1, 1954, p. 22).

L'auteur a cherché à déterminer la présence et la quantité de plaques séniles dans l'écorce cérébrale des lobes frontaux d'artério-scléreux cérébraux et dans ceux de témoins exempts d'artério-sclérose. Les sujets étaient tous âgés au moins de 65 ans. Les facteurs qui régissent l'apparition et le développement des deux lésions, artério-sclérose cérébrale et plaques séniles, sont indépendants et n'interfèrent aucunement les uns sur les autres. L'artério-sclérose cérébrale ne prédispose pas au développement de plaques séniles. Cette constatation a déjà été signalée par l'auteur de cette analyse quand les plaques séniles de la maladie d'Alzheimer s'associent à l'artério-sclérose cérébrale. (Travail illustré de quatre photomicrophotographies).

L. MARCHAND.

PHYSIOLOGIE

Recherches nouvelles sur les régulations et les ajustements par le système nerveux, par A. TOURNAY. (*Journal de psychologie normale et pathologique*, janvier-juin 1954, n° 1-2, p. 20-42).

Dans une vaste et rapide synthèse, M. A. Tournay évoque les recherches les plus marquantes effectuées depuis Claude Bernard qui, le premier, a établi le principe fondamental de la fixité du milieu intérieur, assurée grâce aux régulations du système nerveux.

Les efforts conjugués de la neuronographie, de l'électro-physiologie et de l'histologie ont donné des éclaircissements sur la nature des fibres afférentes et leur vitesse de conduction, sur la transmission synaptique, sur la projection au niveau télencéphalique des afférences ascendantes, sur le thalamus et ses régions sous-jacentes. De très grands progrès ont été réalisés dans la connaissance du cervelet, dont le rôle apparaît beaucoup plus important encore qu'on ne le soupçonnait. Par ailleurs, la découverte de fibres corticifuges a conduit à penser à une influence nerveuse régulatrice des centres sur les dispositifs d'information.

La réalisation par Sherrington de la rigidité décérébrée à la fin du siècle dernier a donné un grand essor aux travaux concernant la posture et le mouvement. La découverte du réflexe myotatique et le rôle joué par les fibres centrifuges gamma dans la tension du fuseau musculaire permet de comprendre l'ajustement de la sensibilité du fuseau musculaire. Grâce à la neuro-chirurgie, on découvre quels sont les faisceaux et les zones responsables de l'ajustement et de la régulation motrice. Le rôle important de la substance réticulée, en particulier, est mis en évidence.

M. Tournay situe ensuite les principales découvertes qui ont permis de mieux comprendre le mécanisme des régulations organiques et des régulations affectives (étude du système nerveux autonome et de ses médiateurs, des formations diencephaliques, etc...). Le problème du sommeil et de la vigilance peut être étudié grâce à l'électro-encéphalographie.

L'auteur montre bien, tout au long de l'article, comment le progrès des techniques d'investigation a permis le progrès des connaissances scientifiques sur le rôle régulateur du système nerveux. L'avenir, dit-il, s'ouvre sur l'étude du fonctionnement interne du système nerveux.

M. GLUGE.

Nouvelles données physiologiques sur les problèmes de la conscience, par D. A. POND. (*Proceedings of the Royal Society of Medicine, Section of Psychiatry*, vol. 47, septembre 1954, p. 775).

En se basant sur les nombreuses, recherches cliniques et électro-encéphalographiques faites, soit sur l'homme, soit sur l'animal, l'auteur montre le rôle joué par la substance réticulaire du tronc cérébral dans le rythme du sommeil et de l'éveil. Il existe des collatérales qui mettent en rapport cette zone avec les voies sensorielles directes de sorte que le cortex est influencé par ces deux voies sensorielles. On note, au cours des attaques épileptiques de petit mal et des attaques psychomotrices, au cours de la stupeur et de la narcolepsie, des degrés divers de conscience. On a établi que, durant le

sommeil, le cortex peut continuer encore à fonctionner. Ces faits montrent la complexité de ce qu'on appelle la conscience. On a d'abord pensé que la conscience n'était pas localisable. Nous sommes maintenant mieux placés pour envisager la part jouée par le cortex cérébral et les structures des régions basales cérébrales dans le développement de la pleine conscience. Les voies sensorielles directes envoient des collatérales à la substance réticulaire de sorte que les centres les plus haut placés sont informés des discrètes interventions sensorielles. La pleine conscience dépend de la contribution que prend chacune de ces voies pour avertir le cortex et leur action peut être indépendante l'une de l'autre. Anatomiquement et électriquement, la substance réticulaire a une action diffuse et dans le développement phlogénique elle est la plus ancienne. Cette activité occupe une sorte de niveau fonctionnel placé plus bas entre la capacité de la discrimination sensorielle et l'activité motrice du cortex cérébral des animaux supérieurs. Les faits neuro-physiologiques montrent clairement que sommeil, éveil et attention ne sont que des degrés divers de conscience.

L. MARCHAND.

ENDOCRINOLOGIE

Examens endocriniens dans différentes démences, par Gaston GARRONE (de Genève). (*Archives suisses de neurologie et de psychiatrie*, vol. 74, fasc. 1/2, Zurich, 1954).

Recherchant les constantes biologiques qui caractérisent au point de vue endocrinien le processus de vieillissement et le rôle joué dans la détermination des maladies accompagnant la vieillesse par les modifications constatées, l'auteur, après un résumé de travaux antérieurs sur l'exploration de la fonction hypophysaire et de la fonction cortico-surrénalienne, apporte les résultats d'examens pratiqués à la Clinique psychiatrique de Bel-Air dans 22 cas d'états démentiels : 9 maladies d'Alzheimer, 9 artério-scléroses cérébrales, 4 démences séniles. En conclusion, dans ces états démentiels, les taux de stéroïdes urinaires (surtout des 17-cétostéroïdes neutres) sont moindres que lors du vieillissement physiologique. Ce sont les états d'artério-sclérose qui paraissent avoir le métabolisme hormonal le plus proche de celui de la sénescence normale tandis que dans la maladie d'Alzheimer la baisse des 17-cétostéroïdes est massive. En dehors de l'atrophie gonadale, l'auteur explique ces faits par une hypofonction de la cortico-surrénale due à des altérations structurales ou à un défaut de stimulation de la glande par l'hypophyse.

R. C.

THÉRAPEUTIQUE

Notre expérience du largactil en psychiatrie, par M. BERGOUIGNAN, M. GOT et R. MALINEAU. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Bordeaux*, séance du 15 décembre 1953).

Résultats thérapeutiques obtenus par l'emploi du largactil isolé aux doses journalières moyennes de 150 et 200 mg. dans 50 observations de psychoses et dans certains états névropathiques. Si, dans certaines psychoses aiguës,

l'action physiologique du médicament suffit à amener une amélioration rapide et souvent la guérison, dans la généralité des cas il en est autrement : le largactil prépare et facilite l'action psychothérapique du médecin ; il remplit cet objectif mieux que toute autre médication biologique.

Dans le delirium tremens, succès habituellement remarquable (deux échecs ont été enregistrés dans des formes très adynamiques avec complications pulmonaires). Dans les confusions mentales « primitives », amélioration très rapide. Dans certains états schizophréniques suffisamment récents, dans la psychose maniaco-dépressive, dans certains délires hallucinatoires de la présénilité, le largactil a permis au moins des rémissions de très bonne qualité ; la dépression mélancolique a fourni un contingent appréciable du succès. Par contre, chez les névropathes, le bénéfice n'a été évident qu'au cours de certains paroxysmes aigus d'anxiété ; dans la névrose obsessionnelle, en particulier, les malades ont mal toléré la bradypsychie médicamenteuse qui a plutôt majoré leur anxiété diffuse.

Ces réserves faites, et si l'on tient compte, en outre, de son innocuité et de sa maniabilité, le largactil représente certainement pour le psychiatre une acquisition thérapeutique précieuse.

L. R.

Une observation d'hibernation au cours d'une crise d'éclampsie grave
Guérison. Enfant vivant, par GRASSET, LABORIT, MALINAS, GAUTHIER et GRÉGOIRE. (*Bulletin de la Société de gynécologie et d'obstétrique de Paris*, séance du 2 mars 1953).

L'hibernation artificielle appliquée à un cas d'éclampsie grave caractérisé par des crises convulsives nombreuses, une hypertension importante et une albuminurie massive, a rapidement fait disparaître les crises convulsives et a supprimé les contractions utérines et les signes de souffrance fœtale. Une césarienne, pratiquée le lendemain, au terme de huit mois, a permis d'extraire un enfant vivant. Suites normales pour la mère et pour l'enfant.

L. R.

Eclampsie grave. Traitement par hibernation, par R. ROUCHY. (*Bull. de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 18 décembre 1953).

Observation d'éclampsie chez une primipare traitée par : phénergan intra-veineux, largactil, perfusion de subtosan. Oxygénation continue. Césarienne à l'anesthésie locale. Guérison.

Comportement fœtal particulièrement intéressant. L'enfant a été comme hiberné pendant 48 heures. L'hibernation maternelle a été prolongée par une hibernation fœtale *in utero* et a protégé l'enfant en diminuant ses besoins vitaux.

L. R.

Résultats favorables d'une hibernation artificielle chez une éclampsie grave, par H. PIGEAUD, M. DUMONT et A. LA SELVE. (*Bull. de la Société nationale de médecine et des sciences médicales de Lyon*, séance du 3 février 1954).

Observation d'une poussée hypertensive et œdémateuse brutale survenant à 7 mois 1/2 de grossesse chez une primipare, déterminant : un décollement

très important du placenta normalement inséré ; des crises d'éclampsie typiques.

Mise en œuvre, dès l'arrivée dans le service, d'une véritable « cure de déconnexion » médicamenteuse, premier temps de l'hibernation. Il semble que la situation ait été très rapidement améliorée puisqu'aucune crise n'a suivi celle qui s'est produite à l'entrée, alors que l'action de la thérapeutique était encore insuffisante. Cependant, la persistance d'un coma profond, la constitution progressive d'une hyperthermie, et l'apparente aggravation qui a accompagné le travail et l'accouchement ont conduit à compléter l'action médicamenteuse par une réfrigération, instituant ainsi une hibernation artificielle complète, poursuivie pendant 51 heures, avec une très longue phase de réchauffement.

Evolution vers une guérison pratiquement sans séquelle.

L. R.

Guérison d'un état de mal épileptique gravissime par hibernation, par R. LAFON, P. PAGÈS, R. LABAUGE et A. PAGÈS. (*Bull. de la Société des sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, séance du 18 décembre 1953).

Observation d'un enfant de 14 ans atteint d'hémiatrophie cérébrale avec arriération mentale profonde, chez lequel un état de mal épileptique gravissime conduisit (après échec des thérapeutiques habituelles et devant l'efficacité très relative de la chlorpromazine administrée par voie veineuse en association avec les barbituriques) à recourir à une hibernation. Celle-ci, réalisée dans les conditions habituelles (cocktail lytique = chlorpromazine-dolosal-phénergan et vessies de glace) et maintenue pendant 48 heures, influence très rapidement le syndrome végétatif. En cinq heures, le rythme respiratoire se normalise, passant de 48 à 24 respirations-minute ; en neuf heures, la courbe thermique descend de 41° à 36°5 et s'y maintient pendant toute la période d'hibernation. Toutefois, les manifestations convulsives ne cèdent qu'après reprise des barbituriques, inefficaces avant hibernation.

L. R.

Sur la thérapeutique de l'épilepsie. (Sulla terapia dell'epilessia), par Berthold KERN (d'Erlangen). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 3, 1953, p. 520-538).

Une étroite surveillance est toujours nécessaire pendant le traitement de l'épilepsie. L'auteur recommande l'association luminal-borax, de même l'adjonction d'analeptique ou de tonique circulatoire pour combattre l'hypertension et l'action soporifique du gardénal. L'hydantoïne est peu utile. L'importance du régime alimentaire est grande. L'emploi de vaccination antirabique ou d'autres vaccins, en provoquant des réactions méningo-encéphalitiques, peut produire des guérisons durables. La place de la chirurgie dans la thérapeutique de l'épilepsie doit être restreinte.

V.-J. DURAND.

L'acide para-aminobenzoïque employé dans l'épilepsie convulsive et dans les formes variées de petit mal. (L'acido P. A. benzoico usato nell'epilessia convulsiva ed in forme varie di piccolo male), par Emanuele MOTTA (de Messine). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 3, 1953, p. 496-510).

L'auteur a utilisé la vitamine H1 chez des épileptiques présentant des formes variées, à la dose d'un gramme par injection intraveineuse, pendant un temps allant de 24 jours à plusieurs mois. Dans l'ensemble, les résultats sont favorables : diminution du nombre des crises convulsives, atténuation des symptômes dans le petit mal, amélioration des troubles psychiques dans les formes d'épilepsie organique. Il semble à l'auteur que l'acide para-aminobenzoïque se montre efficace grâce à une action directe ou indirecte sur le diencéphale. Références bibliographiques.

V.-J. DURAND.

Les médications anti-œdème dans les accidents brutaux d'origine cérébrale, par P. COSSA. (*Bulletin de la Société médicale de Pau*, juillet 1953, p. 13-17).

Des accidents, en apparence aussi variés que les complications des traumatismes crâniens et des opérations de neuro-chirurgie, les suites des accidents vasculaires cérébraux, les complications nerveuses de l'asystolie, le delirium tremens, le coma prolongé ou l'œdème pulmonaire aigu de la cure de Sakel, sans doute aussi le délire aigu, possèdent un mécanisme commun. C'est un œdème cérébral réactionnel, irréversible par les moyens usuels, mais qui cède, en général, à la perfusion continue de sérum novocaïné additionné ou non d'un ganglioplégique. Une telle notion est riche d'applications thérapeutiques.

V.-J. DURAND.

Traitement de la paralysie en contracture par ionisation d'un curarisant de synthèse, par Marcel JOLY. (*Bulletin de la Société de médecine de Paris*, séance du 23 octobre 1953).

Rappel de la fréquence et des conditions d'installation de la contracture dans l'évolution des paralysies faciales *a frigore*. Toutes les techniques du traitement de cette contracture ont échoué avant l'apparition des curarisants de synthèse solubles dans l'eau, donc ionisables. L'auteur emploie le flaxedil en solution à 5‰, soit en ionisation trans-auriculaire, soit en ionisation transfaciale, selon l'ancienneté de la contracture. Il a observé des améliorations évidentes et même la disparition de la contracture dans les formes traitées précocement.

L. R.

Un cas de tétanos traité par l'association sérothérapie-curarisants, par P. GIARD, V. CORDONNIER et L. GOBRECHT. (*Bull. de la Société médicale anatomo-clinique de Lille*, séance du 28 octobre 1953).

Observation d'un cas de tétanos grave et généralisé dont la porte d'entrée était un ulcère variqueux. Guérison obtenue par le traitement classique.

associé d'abord à des injections répétées de flaxédil, puis au rectanol. Les auteurs notent la rareté de la porte d'entrée de l'infection. Ils insistent sur la nécessité d'apprécier objectivement les signes de gravité, de manière à proportionner le traitement mis en œuvre. L'action des curarisants paraît utile, mais leur administration est difficile et doit être attentivement surveillée. Le rectanol a paru particulièrement efficace.

L. R.

Intérêt pratique de la curarisation par voie rectale comme thérapeutique adjuvante du tétanos (à propos d'une observation), par Fred SIGUIER, M. ZARA, M^{me} VOGELIN-RAPPOPORT et P. LUMBROSO. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 19 février 1954).

Observation de tétanos évoluant depuis dix jours, à porte d'entrée incon nue, d'aspect clinique sévère, et qui fut traité par séro-anatoxithérapie et cure de sommeil réalisée par les éléments habituels du cocktail lytique : largactil, phénergan, dolosal, auxquels furent ajoutés eunocet et véronal. L'intérêt de l'observation réside dans l'adjonction à cette thérapeutique d'une curarisation par voie rectale, qui transforma le tableau clinique, provoquant le relâchement des contractures et en particulier la reprise de l'hydratation et la disparition des phénomènes d'angoisse.

A propos de cette observation, les auteurs soulignent les avantages de la voie rectale : marge considérable entre le moment d'apparition des paralysies périphériques et de la paralysie diaphragmatique, d'où : surveillance facile, sans nécessité d'intubation ; action remarquable sur les phénomènes neuro-végétatifs.

L. R.

Deux cas de neuromyéélite optique traités par la terramycine. (Due casi di neuromielite ottica trattati con terramicina), par V. FLORIS et C. MOROCUTTI (de Rome). (*Rivista di neurologia*, vol. 23, fasc. 1, janvier-février 1953, p. 43-53).

Deux cas de neuromyéélite optique ont été traités par la terramycine dès les premiers signes. Il y a eu amélioration remarquable de l'acuité visuelle et disparition des troubles parétiques et sensitifs des membres inférieurs. Rappelant les diverses hypothèses pathogéniques proposées pour le syndrome de Devic, les auteurs rapprochent ces cas de ceux de sclérose en plaques améliorés également par la terramycine, celle-ci agissant d'ailleurs surtout dans les formes aiguës et échouant dans les variétés chroniques ou anciennes. Huit figures. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Deux poliomyélites bulbaires traitées par l'insufflation directe des poumons (méthode de Lassen), par P. SÉDAILLIAN, L. GAILLARD, G. MADENA et J.-P. GARIN. (*Bull. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, séance du 26 février 1954).

Deux cas de poliomyélite bulbaire traitées par insufflation directe. L'un de ces cas concernait un enfant de 14 ans ayant présenté au cours d'une poliomyélite un syndrome de dilatation aiguë de l'estomac suivi rapidement

d'une dyspnée de type bulbaire avec cyanose et agitation intense. L'insufflation d'un mélange d'oxygène et d'azote pendant quatre jours, puis de façon intermittente pendant huit jours, fut suivie de guérison.

L'autre cas anoxique inconscient fut plus difficile à traiter. Evolution entrecoupée de crises de collapsus cardio-vasculaire difficile à réduire. La survie fut cependant obtenue huit jours. Décès dans un état de collapsus. Il existait des lésions broncho-pneumoniques.

L. R.

Trachéotomie dans les troubles respiratoires des poliobulbites, par M. RISER, J. GÉRAUD, M. ESCAT et C. GRÈZES-RUEFF. (*Bull. de la Société d'oto-neuro-ophtalmologie de Toulouse*, séance du 13 décembre 1954).

Dans les poliomyélites hautes, avec troubles respiratoires, la trachéotomie est indiquée et permet de lutter contre l'asphyxie, en facilitant la broncho-aspiration et l'insufflation rythmée d'un mélange d'oxygène et d'azote (méthode de Lassen).

L'observation rapportée est celle d'un homme de 34 ans atteint de poliobulbite très grave, chez lequel l'application de cette thérapeutique permit de passer la période dangereuse. La guérison avec récupération totale de toutes les paralysies a été obtenue par la suite en quatre mois.

L. R.

Etudes neuro-orthopédiques sur la paralysie du quadriceps dans la poliomyélite, par J. CANADELL-CARFI et L. BARRAQUER-BORDAS. (*Revue neurologique*, T. 91, n° 3, 1954, p. 200).

Les transplantations musculo-tendineuses peuvent avoir une large application dans le traitement des séquelles paralytiques de la poliomyélite. Le résultat fonctionnel de la plastie est bon si la puissance musculaire du biceps, du demi-tendineux et du tenseur du fascia-lata est encore suffisamment conservée ; 72,6 % des cas en bénéficient. Dans les cas où la puissance musculaire est affaiblie, on peut encore obtenir une capacité fonctionnelle acceptable pour la démarche (27,4 % des cas). La conservation d'une petite capacité de contractions partielles du quadriceps peut aussi favoriser la rééducation et l'utilisation de la plastie. Les bénéfices fonctionnels sont les suivants : les malades peuvent marcher sans porter une main sur la cuisse, ils ne tombent plus ; la fatigue disparaît. Comme complications, les auteurs ont observé dans deux cas l'exagération du genu recurvatum ; dans deux cas la rééducation n'a pas réussi à donner une bonne utilisation de la plastie ; quelquefois, il persiste une difficulté persistante de la flexion complète du genou.

L. MARCHAND.

La vitamine B6 intrarachidienne dans le Parkinson post-encéphalitique. (La vitamina B6 endorachide nel Parkinson post-encephalico), par Primino Ronco (de Vercelli). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 3, 1953, p. 511-519).

Après un bref rappel des propriétés chimiques, pharmacologiques, dynamiques et biologiques de la vitamine B6, l'auteur rapporte les résultats de

son emploi dans dix cas de Parkinson post-encéphalitique, le produit étant administré par voie sous-arachnoidienne. Les échecs observés indiquent le peu de valeur de ce traitement, qui est à déconseiller. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Résultats d'une expérience homogène de psychochirurgie. (Bordeaux), par H. POUYANNE, P. LEMAN, J. FAURE, H. UEBERSCHLAG, R. BARGUES, A. DONADIEU et G. MORIN. (*Bulletin de la Société médicale de Pau*, juillet 1953, p. 19-23).

Sur 17 topectomies, il n'y eut que 4 succès durables. 75 sections sélectives, soit thalamo-orbitaire, soit thalamo-cingulaire, donnèrent, dans l'ensemble, de meilleurs résultats, sans affaiblissement intellectuel. La section thalamo-orbitaire semble avoir une action stimulante tandis que la section péricalléuse serait plutôt modératrice, diminuant l'agressivité et l'agitation.

V.-J. DURAND.

Les modifications de la personnalité dans la leucotomie préfrontale. (As modificações da personalidade na leucotomia prefrontal), par Barahona FERNANDES. (*Jornal brasileiro de Psiquiatria*, 1953, vol. 2, n° 1, p. 15-36.)

L'auteur examine le problème très discuté des changements de la personnalité après la leucotomie. Il analyse les arguments des adversaires de l'opération et en fait la critique. Les bienfaits obtenus par l'intervention dans de nombreux cas justifient ce traitement. Les considérations morales ne peuvent condamner la leucotomie, les modifications de la personnalité pouvant être très utiles. Ce qu'il faut, c'est introduire l'opération dans l'ensemble des méthodes de la thérapeutique psychiatrique. L'auteur rappelle l'explication proposée par lui de l'action de l'intervention : processus de régression organique à un niveau inférieur apparaissant comme plus adapté, moins pénible, plus humain.

V.-J. DURAND.

Chocs, narcoses et leucotomies, par J. DUPLAY, P. COSSA et J. POSTEL. (*Bull. de la Société de neuro-chirurgie de langue française*, séance du 1^{er} décembre 1953).

L'association, au début d'une intervention type leucotomie, d'un électrochoc et d'une narcose répond à l'action de masse et à la notion de rupture brutale avec l'état émotionnel antérieur. Les auteurs insistent sur l'état cérébral pré-opératoire et sur les incidences qualitatives et quantitatives de la narcose ainsi obtenue. Ils en précisent les corrélations électrographiques et le tableau post-opératoire. Etude portant sur 50 malades.

L. R.

Note pratique sur une technique d'insulinothérapie. (Nota pratica su di una tecnica di insulinoterapia), par Domenico MARCELLINI (de Voghera). (*Il cervello*, 29^e année, n° 4, 15 juillet 1953, p. 285-290).

Sur quinze malades, l'auteur a observé que l'injection intraveineuse d'eau distillée facilite l'apparition du coma insulinique. Cette modification de la

technique permet de diminuer de 35 à 50 % la dose d'insuline et de contrôler plus exactement le coma. Ce dernier apparaît trente à quarante minutes après l'injection intraveineuse d'eau distillée.

V.-J. DURAND.

Quelques altérations psychopathologiques au réveil du coma insulinaire (Algunas alteraciones psicopatologicas en el despertar del coma insulínico), par Alfredo SAAVEDRA. (*Revista de neuro-psiquiatria*. Lima, t. 16, n° 1, mars 1953, p. 1-92).

Se basant sur 19 observations personnelles détaillées, l'auteur décrit différentes altérations psychopathologiques du réveil du coma insulinaire. Il envisage successivement celles de la conscience (fondamentales, sur lesquelles se greffent toutes les autres), de la perception, de la pensée, de la conscience du moi, des sentiments, des tendances instinctives, de la volonté, de l'attention, de la conscience de temps, de la mémoire. Ces diverses perturbations sont semblables à celles observées au cours de certaines intoxications expérimentales et particulièrement à celles dues à la mescaline, à l'opuntia cylindrica, à l'acide d. lysergique ; très rarement, elles rappellent les symptômes de la maladie traitée. Le plus souvent, le contenu délirant est différent de celui de la psychose. Le rétablissement des éléments affectifs à leur valeur pré morbide est un signe encourageant, indiquant un bon pronostic. Dans l'ensemble, les phénomènes psychopathologiques décrits ont tendance à diminuer avec les progrès de la guérison, mais ils ne disparaissent jamais complètement. Bibliographie.

V.-J. DURAND.

Crises convulsives chez des malades mentaux précédemment soumis à une thérapeutique de choc et ensuite traités par le sérum cytotoxique antiréticulaire. (Crisi convulsiva in ammalati mentali precedentemente sottoposti a terapia di choc e successivamente trattati con siero citotossico antireticolare), par Eldo BROGGI (de Vercelli). (*Rassegna di studi psichiatrici*, vol. 42, fasc. 3, 1953, p. 485-495).

L'auteur a observé des crises convulsives généralisées chez trois malades après traitement par le sérum de Bogomoletz. Il pense à une prédisposition épileptogène des malades déjà traités auparavant par des méthodes convulsivantes électriques et chimiques. Diverses hypothèses sont formulées sur les mécanismes d'action du sérum cytotoxique antiréticulaire.

V.-J. DURAND.

L'électrochoc chez les malades mentaux hémiplésiques. (L'elettroshock nei malati mentali emiplegici), par Pietro TAVERNA (de Voghera). (*Il cervello*, 29^e année, n° 4, 15 juillet 1953, p. 278-284).

L'auteur rapporte deux cas d'hémiplésiques à la phase subaiguë, traités par un cycle d'électro-chocs, séparés de cinq ou six jours. Après sept et neuf applications, il y eut disparition des troubles mentaux et notable amélioration de l'hémiplégie : réduction de la contracture et sédation des réflexes pathologiques. Bien qu'agissant sur un territoire vasculaire lésé, l'électro-choc n'a pas produit d'incident.

V.-J. DURAND.

L'électrochoc lombo-pubien dans la pratique hospitalière psychiatrique. (L'elettroshock lombo-pubico nella pratica ospedaliera psichiatrica). par Domenico MARCELLINI (de Voghera). (*Il cervello*, 29^e année, n° 3, 15 mai 1953, p. 213-223).

L'auteur décrit l'emploi de l'électro-choc lombo-pubien chez les déments malpropres. Sur trente-neuf cas, il a observé cinq rémissions totales et huit améliorations. Malgré le pourcentage assez bas des bons résultats, il considère la méthode comme toujours utile. L'effet thérapeutique serait de nature essentiellement psychogène.

V.-J. DURAND.

PSYCHIATRIE MÉDICO-LEGALE

Somnambulisme et criminalité, par L. MASSION-VERNIORY. (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, avril 1955, p. 589-606).

Le somnambule, conclut l'auteur, peut commettre un crime, tout comme un suicide. Le somnambulisme de l'enfant est banal. Chez l'adulte, il est rare. Sa présence chez ce dernier implique un déséquilibre constitutionnel, parfois modéré, le plus souvent grave. Les délits commis à la suite de suggestions faites au cours du somnambulisme provoqué par l'hypnotisme sont de plus en plus exceptionnels. Le rôle de l'expert est précis : dire si le fait a été possible, mais surtout apprécier l'état mental de la victime ou de la prétendue victime, habituellement névropathe.

Pour les délits ou crimes commis au cours du somnambulisme spontané ou naturel, l'auteur admet l'irresponsabilité. En dehors de l'accès, il semble y avoir le plus souvent une cause morbide, et l'état pathologique du sujet pourra justifier son irresponsabilité. Le diagnostic est à faire par l'observation soigneuse, une enquête approfondie des antécédents. L'électro-encéphalogramme pourra aider à distinguer certains accès de somnambulisme d'accès d'automatisme ambulateur épileptique. Il faut aussi naturellement s'appliquer à écarter ou dépister la simulation.

L. R.

Un cas de criminalité hypnotique, par Jean VAN PARYS (*Revue de droit pénal et de criminologie*, Bruxelles, avril 1955).

S'il est, en médecine légale, un diagnostic qui, dans le passé, a suscité de nombreuses discussions sur sa légitimité, c'est celui de crime commis sous l'influence de l'hypnose. Le cas, rapporté ici, d'un double crime commis dans une banque de Copenhague, sous l'influence de suggestibilité considérée comme hypnotique a fait naître cette discussion. Tout au moins au Danemark où, après une longue enquête et la conclusion unanime de quatre psychiatres désignés comme experts, l'assassin fut interné parce que dangereux pour l'ordre social et considéré comme l'auteur des crimes. Celui qui était accusé de l'avoir hypnotisé fut condamné au maximum de la peine, l'emprisonnement à vie. On lira avec intérêt les détails de cette affaire criminelle.

L. R.

VARIÉTÉS

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

Séances

La *séance ordinaire* du mois d'AVRIL de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 25 avril 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance supplémentaire* du mois de MAI de la Société médico-psychologique, séance exclusivement réservée à des présentations, aura lieu le *lundi 9 mai 1955*, à 10 heures *très précises*, à l'hôpital Henri-Rousselle, 1, rue Cabanis, à Paris (XIV^e arrondissement), dans l'amphithéâtre du pavillon Magnan.

La *séance ordinaire* du mois de mai de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 23 mai 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

La *séance ordinaire* du mois de JUIN de la Société médico-psychologique aura lieu le *lundi 27 juin 1955*, à 15 heures 30 *très précises*, au siège de la Société, 12, rue de Seine, à Paris (VI^e arrondissement).

HÔPITAUX PSYCHIATRIQUES

Nominations

M. le D^r Michel BAUDRY est nommé médecin-chef au Quartier psychiatrique de l'hôpital de la Timone, à Marseille (Bouches-du-Rhône) ;

M. le D^r André BÉJOT est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique Saint-Paul, à La Réunion ;

M. le D^r Jacques COHEN est nommé médecin-chef à l'hôpital psychiatrique départemental de Maréville (Meurthe-et-Moselle) ;

M. le D^r P. KOECHLIN est nommé médecin-chef du Quartier psychiatrique des hospices de La Rochelle (Charente-Maritime) ;

M. le D^r Paul RENARD est nommé médecin-directeur de l'hôpital psychiatrique Saint-Claude, à La Guadeloupe.

L'arrêté du 1^{er} décembre 1954 portant mutation de M. le D^r Michel VANEECLOO, médecin-chef de service à l'hôpital psychiatrique de Lesvellec (Morbihan), en la même qualité, à l'hôpital psychiatrique départemental de Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire), poste créé, est rapporté.

Directeurs administratifs :

M. Roger MICHELOU est nommé directeur administratif à l'hôpital psychiatrique de Maison-Blanche, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).

Ordre de la santé publique

Est promu *Officier* dans l'Ordre de la santé publique :

M. André VALLAS, directeur administratif de l'hôpital psychiatrique autonome de Château-Picon, à Bordeaux (Gironde).

Concours pour 3 places de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine

A la suite de ce concours sur titres qui a eu lieu à Paris, au ministère de la santé publique, le 7 mars 1955, ont été désignés, pour les places vacantes de médecin-chef des hôpitaux psychiatriques de la Seine : MM. Georges BOITTELE, Paul BERNARD et Jean LAFON.

Concours pour 30 places de médecin du cadre général des hôpitaux psychiatriques.

L'ouverture d'un concours pour le recrutement de 30 médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques (pour la métropole et les départements d'outre-mer) est autorisé au cours du premier semestre de 1955.

(*Journal officiel*, 2 avril 1955).

Un concours aura lieu le 14 juin 1955 au ministère de la santé pour le recrutement de 30 médecins du cadre général des hôpitaux psychiatriques (métropole, départements d'outre-mer).

Pour tous renseignements, s'adresser au ministère de la santé, direction de l'administration générale du personnel et du budget, 3^e bureau, 7, rue de Tilsitt, Paris, 17^e, où les demandes d'inscription et les dossiers devront être déposés avant le 14 mai 1955 inclus, délai de rigueur.

(*Journal officiel*, 9 avril 1955).

Concours de l'internat en médecine des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Ce concours s'est ouvert le 1^{er} mars 1955. 20 places étaient mises au concours. 135 candidats s'étaient fait inscrire, 60 furent déclarés admissibles, 20 ont été nommés internes titulaires, 22 ont été désignés pour remplir les fonctions d'interne provisoire.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. L. MARCHAND, médecin-chef honoraire des hôpitaux psychiatriques de la Seine.

Membres : M. Paul ABÉLY, médecin-chef au Centre psychiatrique Sainte-Anne ; M. le professeur agrégé H. BARUK, médecin-chef à l'Etablissement national de Saint-Maurice (Seine) ; M. J. DUBLINEAU, médecin-chef à l'Hôpital psychiatrique de Ville-Evrard ; M. L. LE GUILLANT, médecin-chef au Centre psychiatrique de Villejuif ; M. M. MONSAINGEON, chirurgien des hôpitaux de Paris, et M. F. SIGUIER, médecin des hôpitaux de Paris.

QUESTIONS POSÉES AU CONCOURS.

ÉPREUVES ÉCRITES

Pathologie interne : *Diagnostic et pronostic de l'anémie de Biemer.*

Pathologie externe : *Formes cliniques et diagnostic du cancer du sein.*

Système nerveux : *Anatomie et physiologie des voies extra-pyramidales.*

ÉPREUVES ORALES (QUESTIONS DE GARDE)

Conduite à tenir en présence d'une crise convulsive ; conduite à tenir en présence d'un cas de pendaison ; conduite à tenir en présence d'un étrangement herniaire ; conduite à tenir en présence d'un coma avec hémiplegie.

A la suite de ce concours, ont été nommés internes titulaires des hôpitaux psychiatriques de la Seine :

1. M. BERGÈS (Jean) ; 2. M. PILON (Louis) ; 3. M. MIROUZE (Robert) ; 4. Mlle QUIDU (Marguerite) ; 5. Mlle GUILLOU (Françoise) ; 6. M. SIGG (Bernard) ; 7. M. BAILLY (René) ; 8. Mlle ROSSIGNOL (Solange) ; 9. M. BARBIER (André) ; 10. M. FONCIN (Jean-François) ; 11. Mlle OUDART (Arlette) ; 12. Mlle BENHAMOU (Françoise) ; 13. M. GRIMBERG (Samuel) ; 14. M. JÉRAMEC (Claude, F.) ; 15. M. LAPLANCHE (Jean) ; 16. Mlle QUÉTIN (Aline) ; 17. M. WIART (Claude) ; 18. M. LEGUEN (Claude) ; 19. Mlle CRESPIN (Nicole) ; 20. M. LEYRIE (Jacques).

Ont été désignés pour remplir les fonctions d'internes provisoires :

1. M. DAVID (Pierre) ; 2. M. VANSTEENKISTE (Jean) ; 3. M. NOËL (Pierre) ; 4. M. BOBIN (Paul) ; 5. Mlle DIDON (Thérèse) ; 6. M. LANTÉRI-LAURA (Emile) ; 7. M. COIFFU (Bernard) ; 8. Mlle SUTTERMAN (Marie) ; 9. Mlle MORDRET (Marie) ; 10. M. PIRET (Jean) ; 11. M. SIMATOS (Christian) ; 12. M. KHOCHNEVISS (Ali Asghar) ; 13. M. HUGUET (Edmond) ; 14. M. IGERT (Claude) ; 15. M. PEYROUZET (Jean) ; 16. M. HAINAUT (Jean) ; 17. M. CHAMBON (Jean) ; 18. M. DUMÉZIL (Claude) ; 19. M. BLONDEL (François) ; 20. M. BIDAULT (René) ; 21. M. GANRY (Claude) ; 22. M. AUDISIO (Michel).

En outre, les 5 candidats suivants ont été proposés pour remplir les fonctions d'internes provisoires des services de psychiatrie d'hôpitaux psychiatriques de la Région de Paris (Clermont-de-l'Oise, Vieille-Eglise, etc.) :

M. LÉVY (Lucien) ; M. MICHEL (Bernard) ; M. GILLIBERT (Jean) ; Mlle HENRIC (Etiennette) et M. VILLEY-DESMESERETS (Jean).

UNIVERSITÉS

Faculté de médecine de l'Université de Zurich

M. le Dr Eugène MINKOWSKI, de Paris, est nommé docteur *honoris causa* de la Faculté de médecine de l'Université de Zurich.

Le Rédacteur en chef-Gérant : René CHARPENTIER.

MASSON et C^{ie} Editeurs, Paris

Dépôt légal : 1955 (2^e trimestre). — Numéro d'ordre : 2.113

Cahors, Imp. A. COUESLANT (personnel intéressé). — 87.583. — 1955.

C.O.A.L. 31.2330.